

# 医療機器共同利用(診察有り)申込書

年 月 日

徳島県立海部病院  
地域医療センター 宛

FAX送信先 0120-689-717

TEL 0884-72-3631 (直通)

FAX予約受付: 平日9:00~17:00

原則として、30分以内に予約票をご返送いたしますが、遅い場合は電話で確認をお願いいたします。

<b>【紹介元医療機関】</b>	
〒            ー	
住所	
医療機関名	
医師名	
	(TEL            ー            ー            )
	(FAX           ー           ー           )

検査希望日時	
--------	--

フリガナ		生 年 月 日	
患者氏名		年    月    日 (    才 )	男 ・ 女
現住所	(〒            ー            )		
緊急連絡先	電話番号	ー	ー
検査目的			
現病歴			

受診希望 診療科・医師	診療科:
	医師:

利用機器	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT		
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部    脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 ・ <input type="checkbox"/> 胸椎 ・ <input type="checkbox"/> 腰椎 ) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 四肢 ( <input type="checkbox"/> 右上肢 ・ <input type="checkbox"/> 左上肢 ・ <input type="checkbox"/> 右下肢 ・ <input type="checkbox"/> 左下肢 ) <input type="checkbox"/> その他 (		
基本情報	身長 (                    cm )	体重 (                    kg )	
患者 の 状 況	MRI の 問 診	<input type="checkbox"/> 手術 (動脈瘤) クリップ	( 部位:                    )
		<input type="checkbox"/> 体内、体表金属	( 部位:                    )
		<input type="checkbox"/> 人工関節、骨折接合金属	( 部位:                    )
		<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 妊娠初期	

## ※必ずお読み下さい

- 医療機器共同利用(診察有り)の場合、当院医師が診察を行いその指示のもと画像撮影を実施します。
- 当日は診療情報提供書(紹介状)を持参下さい。
- 診察希望無しの場合は、別紙「医療機器共同利用(診察無し)」で申し込み下さい。
- ☆検査当日は、予約時間の30分前までに来院し、受付をしてください。
- 【診療情報提供書(紹介状)、予約票、CT同意書、またはMRI問診・同意書、保険証類、診察券】をご持参ください。