

医療機器共同利用(診察無し)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。

【紹介元医療機関】

〒 ー ー
住所

医療機関名

医師名

(TEL ー ー)

(FAX ー ー)

検査希望日	
-------	--

※診察時間については希望できません。午後の時間で当院から指定させていただきます。

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

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(診察無し)の場合、当院医師は画像の実施前に診察を行いません。
- 検査同意説明は必ず依頼医が行ってください。特にCTの場合の放射線被曝の件と、MRIにおける体内金属の有無についてのご説明をお願いします。同意書には依頼医の署名を必ずお願いします。
- 「CT検査同意書」、「MRI検査問診票・同意書」については、依頼医署名、本人署名、検査説明日時を記載し当院へ返信(FAX)をお願いします。原本の保存は紹介元医療機関でお願いします。
- 検査結果は放射線科医の読影結果を添付して依頼医に郵送します。結果説明は依頼医の責任でお願いします。当院医師からの説明や読影のチェックは行いません。
- 緊急対応が必要な場合は当院で対応する場合があります。
- 診察希望の場合は、別紙「医療機器共同利用(診察有り)」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。
- 【予約票、保険証類、診察券】をご持参ください。