

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。

【紹介元医療機関】

〒 _____

住所

医療機関名

医師名

(TEL _____)

(FAX _____)

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	(〒 _____)		
緊急連絡先	電話番号	-	-
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 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	<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。