

## 医療機器共同利用申込書（診察無し）

依頼日 年 月 日

(紹介先) 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	年 月 日
-------	-------

※検査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	男
患者氏名		年 月 日 (才)	女
住所	(〒 - )		
連絡先	電話番号 (自宅・携帯)	-	-

下記、項目（検査目的、臨床診断/臨床症状、臨床経過等）は読影レポート作成時に参照しますので、必ず医師が記載してください

検査目的	<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他( )
臨床診断もしくは 臨床症状	
臨床経過等	

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 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 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

※裏面の注意事項を必ずお読みください

○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。