

大型医療機器共同利用予約申込書 (CT・MRI・RI検査)

令和 年 月 日

国立病院機構 水戸医療センター

地域医療連携センター

F A X 029-240-7795

科

先生

紹介元医療機関	
所在地	
電話番号	
F A X 番号	
医師名	

予約通知希望	至急 ・ 本日中	当院受診歴	有 ・ 無	I D
検査希望日	第一希望	月	日 ()	
	第二希望	月	日 ()	
都合の悪い日	月	日 ()	月	日 ()
支払請求	<input type="checkbox"/> 患者本人	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関		

患者情報

フリガナ	旧姓	生年月日	年齢	性別
患者氏名	()	昭・平・令 年 月 日	歳	男・女
住所	〒 - - 電話 ・ 携帯電話 番号 (- -)			
来院手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー			

依頼内容

傷病名	
検査目的	
臨床情報等	

依頼検査

C T 検査	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部～上腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他 ()
造影剤使用	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 eGFR () 月 日
M R I 検査	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()
造影剤使用	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 eGFR () 月 日
R I 検査	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> DaT <input type="checkbox"/> MIBG <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他 ()
確認項目	*心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 *妊娠 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 *糖尿病 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 *体内金属・インプラント <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 *アレルギー ()

検査結果は基本的に医院様宛に送付しますが、検査終了後、患者さんへのお渡しを希望される場合は以下のチェック欄にチェックしてください。なお、その際は患者さんには1時間程お待ちいただきます。

検査結果の患者さんへのお渡し希望	<input type="checkbox"/> ← 画像データ (CD-ROM) のみ患者さんに手渡し希望
	<input type="checkbox"/> ← 画像データ (CD-ROM)、読影レポート共に患者さんに手渡し希望

【予約受付時間】 平日 9:00 ~ 16:00

【手続き】 「大型医療機器共同利用予約申込書」と「診療情報提供書」を事前にFAX送信願います。予約日を調整し「ご予約通知票」をFAXにてお送りいたします。

【お問合わせ】 地域医療連携センター TEL 029-240-7807 (直通)
FAX 029-240-7795 (直通)

* このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、水戸医療センター地域医療連携センターに送られています。もし、誤って届いた場合は破棄して頂き、お手数ですがその旨を、上記紹介元医療機関までお知らせください。