

医療機器共同利用申込書

沖縄県立宮古病院長 殿

下記患者様について、医療機器の共同利用を申し込みます。

なお、検査結果、画像データに関して、県立宮古病院が必用時利用することに同意します。

紹介元医療機関名 所在地 電話番号 FAX番号 医師氏名
--

フリガナ		男・女	生年月日 (M T S H R)
患者氏名			年 月 日 (歳)
住 所	電話番号		
検査目的			
検査項目	CT検査	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	MRI検査	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部 (MRA含) <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 全脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	X-p	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	
	エコー	<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 腹部エコー	

*該当する検査種類・部位を選択してください。

検査希望日 第一 () 第二 () 第三 ()

☆☆ 沖縄県立宮古病院から依頼元医療機関様へ☆☆

*検査が混み合っている場合は希望検査日に沿えない場合がありますのでご了承願います。
 *検査終了後所見レポートおよび画像 (CD-R) は後日、ご依頼元の医療機関へ郵送致します。

【申請先】 地域連携室 電話:(0980)-72-1352

FAX:(0980)-72-1362