

医療機器共同利用申込書 (沖縄県立宮古病院)

地域連携室へ Fax にてお申し込み下さい。(令和 年 月 日)

1. 貴院名 主治医

2. ^{ふりがな}患者名 男 女 生年月日 宮古病院患者番号

連絡先電話

3. 検査目的 (主な読影してほしいポイントの記載をお願いします)

4. 検査種別と部位(該当する項目を○で記載下さい)

①CT

部位 (頭、顔面、副鼻腔、頸部、胸部、腹部、骨盤、四肢、脊椎 そのほか)

②MRI

部位 (頭部、頭部 (MRA 含む)、眼窩、頸部、耳下腺、顎下腺、甲状腺
胸部、腹部、骨盤、子宮卵巣、膀胱、前立腺、全脊椎、頸椎、胸椎、腰椎、肩、上腕、肘、
前腕、手、股関節、大腿、膝、下腿、足 そのほか)

③エコー (検査科技師による報告となります)

心エコー、腹部エコー

5. 検査希望日

第1 () 第2 () 第3 ()

希望日に予約出来ない場合、当院からかかりつけ医に連絡します。再度希望日の調整をよろしくお願ひします。

※しばらくの期間、検査は成人限定とさせていただきます。

※複数の検査希望があればそれを○で記載下さい。

※造影剤検査やペースメーカーの場合は、従来通り外来へご紹介願ひします。

※MRI については、1 週間以降の予約となります。検査前チェックリストの作成を願ひします。

※検査終了後、後日レポートと画像 CD を作成し、かかりつけ医へ郵送します。

沖縄県立宮古病院

地域連携室 電話 0980-72-1352

Fax 0980-72-1362