

医療機器共同利用依頼書

国立病院機構茨城東病院 地域医療連携室 宛

年 月 日

FAX 029-287-8638

TEL 029-282-1151

※ 受付時間:月～金曜日 (土、日、祝日は除く) 8:30～16:30

紹介元医療機関名

診療科・医師名

電 話

F A X

次の検査を依頼いたします。(該当項目に○印をお願いします)

(フリガナ) 氏 名		性別 男・女	生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳) * 茨城東病院受診歴 有・無
病名			
検査実施日	年 月 日 ()曜日		
CT検査 (単純・造影) 検査部位	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・脊椎()四肢() その他() *ビグアナイド系糖尿病薬の服用(あり・なし)		
MRI検査 (単純・造影) 検査部位	頭部()・頸部・胸部・腹部・骨盤 検査目的 四肢()その他() ()		
RI検査 検査項目	甲状腺シンチ・肺血流シンチ・肺換気シンチ・骨シンチ・腫瘍・炎症 脳血流シンチ(負荷有・負荷無)		
生理機能検査	精密肺機能検査 ・ 心臓超音波検査 ・ ホルター心電図検査		
患者保険項目	社保・国保 (本人・家族)		
患者住所	〒 --- 電話番号 () ---		
保険証の 記号・番号	記 号	番 号	
保険者番号			
公費負担者番号		受給者番号	

- この医療機器共同利用依頼書を、FAXで送信して下さい。
- 折り返し、予約日、予約時間等ご連絡します。
- カルテ作成のために保険証記号・番号・保険者番号をご記入下さい。
- 病名記入または診療情報提供書をFAXして下さい。
- ビグアナイド系糖尿病薬**では、ヨード系造影剤投与により、一過性に腎機能が低下した場合、乳酸アシドーシスを発症するリスクとなるため、服用中の患者さんへの説明は、**「検査の2日前から検査後2日までの休薬」**をご指導お願いします。
- 造影剤検査の場合は、主治医の説明及び**同意書**もFAX致しますので、**検査当日ご持参**ください。 2018年4月 改訂