

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

※ 受付期間…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・R 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 してください。
- 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日までの休業」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。 2024 年 9 月 9 日 改訂