

医療機器共同利用による検査依頼書

(紹介先)

依頼日 : ()

送信先 : 公立小浜温泉病院	地域連携室 行
FAX番号 : 0957-74-5600	電話番号 : 0957-74-2211(代表)

(依頼医療機関)

医療機関名 :	電話番号 :	-
医 師 名 :	FAX番号 :	-

* 下記患者さまについて、医療機器の共同利用を申し込みます。

なお、検査時に患者さまに対する緊急処置が必要な場合は、貴院に一任します。

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女					
氏 名		生年月日	()						
		年 齢	歳						
電話番号		携帯番号							
臨床情報	※ 検査目的など具体的な記載をお願いします。								
予約希望候補日	① ()	② ()	備考:						
注意事項	※ 画像データはメディアで患者様にお渡しします。		検査受入枠 開設曜日・時間帯	月	火	水	木	金	土
	※ MRI検査は原則、一検査一部位とさせていただきます。			午前	×	×	×	×	×
				午後	○	○	○	○	×
検査依頼内容及び 事前確認事項	<input type="checkbox"/> CT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"/> 骨盤				
	<input type="checkbox"/> その他 ()								
	<input type="checkbox"/> ルーチン撮影で可								
	<input type="checkbox"/> 詳細条件 ()								
	妊娠またはその可能性			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
				<input type="checkbox"/> 不明	(当院での妊娠検査 <input type="checkbox"/> 希望する)				
	→ 「あり」の場合、CT検査は受けられません。								
	<input type="checkbox"/> MRI検査								
	<input type="checkbox"/> 頭部	()	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腹部	(<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵)				
<input type="checkbox"/> 骨盤腔	()	<input type="checkbox"/> 脊椎	(<input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腰)						
<input type="checkbox"/> 上肢	()	<input type="checkbox"/> 下肢	()						
<input type="checkbox"/> その他 ()									
<input type="checkbox"/> ルーチン撮像で可									
<input type="checkbox"/> 詳細条件 ()									
ペースメーカー			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
体内金属			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	(部位: 施行年)				
仰臥位での安静			<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可					
その他	放射線科医による読影レポート		<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要					
※ 読影レポートは、後日、郵送によるお渡しとなります。									

医療機器共同利用) 来院時のご案内

● 当日、患者様にご持参いただくもの

①	検査予約票	※ 依頼書の受信後、当院より依頼元医療機関へFAXします。
②	検査依頼書	※ FAX後、本紙の原本を予約票と一緒に患者様にお渡しください。
③	保険証	※ 検査費用は依頼元医療機関での精算となりますが、念のためご持参ください。
④	当院の診察券	※ 受診歴がある方はご持参ください。

● 検査終了後について

①	当院での医師の診療や検査結果の説明は、原則、ございません。
②	当院での検査費用のお支払いはございません。
③	当院、会計窓口より、本日の検査データと請求明細をお渡しします。
④	当院より③でお渡しした検査データ等を、依頼元の医療機関をご受診いただき提出ください。
⑤	依頼元の医療機関にて、本日の検査結果の説明等を受けられてください。
⑥	依頼元の医療機関にて、本日の検査に関する費用のお支払いがございました。

● 公立小浜温泉病院の住所、連絡先

電話番号： 0957-74-2211
住所： 雲仙市小浜町マリーナ3番地2
諫早方面より 島鉄バスにて、「公立病院前」バス停にて下車。バス停より海側へ徒歩3分。 最寄りのバス停：
島原方面より 島鉄バスにて、「新小浜病院前」バス停にて下車。病院前がバス停。
※ ご不明な点は、当院まで遠慮なくおたずねください。