

# 検査予約申し込み



医療法人はごろも会

那覇ゆい病院

(旧 仲本病院)

地域連携室宛

FAX : 098-885-1212

TEL : 098-885-3334

申込日： 年 月 日 ( )

|        |                             |           |                                  |      |
|--------|-----------------------------|-----------|----------------------------------|------|
| 紹介医療機関 | 名称                          |           |                                  |      |
|        | 診療科                         |           | 主治医：                             | 担当者： |
| 患者様情報  | フリガナ                        | -----     |                                  |      |
|        | 患者氏名                        |           |                                  |      |
|        | 生年月日/性別                     | ( S・H・R ) | 年 月 日生                           | 男・女  |
|        | 電話番号                        |           |                                  |      |
| 日程調整   | <input type="checkbox"/> 本人 |           | <input type="checkbox"/> 地域医療連携室 |      |

|         |                                                                                                                                                                                            |                             |                                      |                             |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| 次回外来日   | 年 月 日                                                                                                                                                                                      |                             |                                      |                             |
| 検査項目    | <input type="checkbox"/> レントゲン                                                                                                                                                             |                             | <input type="checkbox"/> CT (単純のみ)   |                             |
|         | <input type="checkbox"/> MRI検査 (単純・造影)                                                                                                                                                     |                             | <input type="checkbox"/> MRI (DWIBS) |                             |
| 読影      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                     |                             |                                      |                             |
| 撮影部位    | <input type="checkbox"/> 頭部                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 胸部 | <input type="checkbox"/> 腹部          | <input type="checkbox"/> 骨盤 |
|         | <input type="checkbox"/> 頸椎                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 胸椎 | <input type="checkbox"/> 腰椎          | <input type="checkbox"/> 上肢 |
|         | <input type="checkbox"/> 上肢                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 下肢 | <input type="checkbox"/> 関節 ( )      |                             |
| 造影MRIのみ | 腎機能低下 ( 有 無 )                                                                                                                                                                              |                             | 喘息 ( 有 無 )                           |                             |
|         | ※造影MRI撮影の場合は<br><input type="checkbox"/> 情報提供書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 問診票 <input type="checkbox"/> 採血データー3ヶ月以内 (もしくは、おきなわ診療ネットワークでのデーター参照でも可) を申込時に送信お願いします |                             |                                      |                             |
| 画像ロム    | <input type="checkbox"/> 当日希望 <input type="checkbox"/> 後日郵送希望<br>※読影は後日報告となります                                                                                                             |                             |                                      |                             |

※閉鎖恐怖症で、鎮静剤が必要な場合は処方をお願いします。