

# 医療機器共同利用申込書

〒902-0061

沖縄県那覇市古島1-22-1

那覇ゆい病院 地域連携室 宛

TEL : 098-885-3334

**FAX : 098-885-1212**

(直通)

この用紙を上記FAX番号に  
ご送付ください

登録医療機関情報 (ゴム印使用可)

登録医療機関名 :

TEL :

FAX :

依頼医師 :

## 検査者情報

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様

性別

男

女

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

傷病名または疑い

検査目的

一般検査

精査

二次健診

術前検査

術後検査

健康診断

スクリーニング

臨床研究

その他

検査希望日

年

月

日

(

時頃)

## 診療情報

上記疾患の画像検査として以下の検査を申し込みします。  
希望検査を○で囲み検査部位にチェックを入れてください

CT検査

MRI検査

骨密度検査

**\* MRI検査の場合は別紙での問診票の記入が必要になります。**

頭部  頸部  頸椎  胸椎  腰椎  胸部  胸腹部  腹部  骨盤腔

四肢 (右、左) (部位 \_\_\_\_\_) その他 ( \_\_\_\_\_ )

備考 (撮影方向、追加シーケンスなどご希望があればお書きください)