

年 月 日

# 医療機器共同利用申込書

JCHO 若狭高浜病院

放射線 科

地域連携室 行

FAX:0770-72-0822

TEL:0770-72-0702

医療機関名

所在地

担 当 科

医 師 名

電 話 番 号

F A X 番 号

科

|                       |                                                                                                                                                                                        |                                                            |                                                          |                                         |                                                                                                                    |                |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| フリガナ                  |                                                                                                                                                                                        |                                                            | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 生年月日                                    | <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦 | 年 月 日<br>( 歳 ) |
| 患者氏名                  |                                                                                                                                                                                        |                                                            |                                                          |                                         |                                                                                                                    |                |
| 住所                    | 〒 ー                                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                          | 職業(任意)                                  |                                                                                                                    |                |
|                       |                                                                                                                                                                                        |                                                            |                                                          | 電話番号                                    | ー ー                                                                                                                |                |
| 当院外来・健診受診歴            |                                                                                                                                                                                        |                                                            | <input type="checkbox"/> 不明                              | <input type="checkbox"/> あり             | ID                                                                                                                 |                |
| 傷病名                   |                                                                                                                                                                                        |                                                            |                                                          |                                         |                                                                                                                    |                |
| 症状等                   |                                                                                                                                                                                        |                                                            |                                                          |                                         |                                                                                                                    |                |
| 依頼目的                  | <input type="checkbox"/> X線撮影 <input type="checkbox"/> 骨密度検査(DXA法) <input type="checkbox"/> その他(      )<br><input type="checkbox"/> CT検査(単純)読影あり <input type="checkbox"/> CT検査(単純)読影なし |                                                            |                                                          |                                         |                                                                                                                    |                |
|                       |                                                                                                                                                                                        |                                                            |                                                          |                                         |                                                                                                                    |                |
| 検査年月日                 | 日時                                                                                                                                                                                     | 月 日                                                        |                                                          | 時間( 時 頃)                                |                                                                                                                    |                |
|                       | その他                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 直近で <input type="checkbox"/> 予約済み |                                                          |                                         |                                                                                                                    |                |
| 骨密度検査・CTは身長/体重記入のこと → |                                                                                                                                                                                        |                                                            |                                                          | 身長/体重                                   | cm                                                                                                                 | kg             |
| X線撮影・照射部位             |                                                                                                                                                                                        |                                                            | CT撮影                                                     | 検査目的・既往歴 (CT読影ありは詳細に記入のこと)              |                                                                                                                    |                |
| 胸部                    | 正・側                                                                                                                                                                                    |                                                            | 頭部                                                       | <input type="checkbox"/> 別添、診療情報提供書のとおり |                                                                                                                    |                |
| 腹部                    | 立・臥                                                                                                                                                                                    |                                                            | 胸部                                                       |                                         |                                                                                                                    |                |
| 頸椎                    | R                                                                                                                                                                                      |                                                            | 腹部骨盤腔                                                    |                                         |                                                                                                                    |                |
| 胸椎                    | R                                                                                                                                                                                      |                                                            | 骨盤腔                                                      |                                         |                                                                                                                    |                |
| 腰椎                    | R                                                                                                                                                                                      |                                                            | 頸椎                                                       |                                         |                                                                                                                    |                |
| 股関節                   | R                                                                                                                                                                                      | 右・左<br>両方                                                  | 胸・腰椎                                                     |                                         |                                                                                                                    |                |
| 膝関節                   | R                                                                                                                                                                                      | 右・左<br>両方                                                  | 股関節                                                      |                                         |                                                                                                                    |                |
| その他                   | [      ]                                                                                                                                                                               |                                                            | その他<br>(      )                                          |                                         |                                                                                                                    |                |