

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
地域医療連携室 宛

<CT(単純)・RI 検査をご希望される方> ※MRI は同意書があります。  
**検査は完全予約制です。**下記の「チェックリスト」を記載し、地域医療連携室まで  
FAX をお願い致します。

FAX 098-888-1212

## CT(単純)・RI チェックリスト

下記のチェックをお願い致します。

担当医サイン \_\_\_\_\_

1	本人への説明 (検査内容・注意事項・検査当日の常用薬の服用 の有無等について)	有 ・ 無
2	心臓ペースメーカー	有 ・ 無
3	体内式除細動器	有 ・ 無
4	手術クリップ(検査可)	有 ・ 無
5	妊娠	有 ・ 無
6	禁忌薬剤	有 ・ 無
7	アレルギー	有 ・ 無
8	喘息	有 ・ 無
9	インスリンポンプ及び CGM・FGM(持続グルコー ス測定)	有 ・ 無

沖縄県南部医療センター・こども医療センター  
地域医療連携室

TEL : 888-0123 (代表)

888-0125 (直通)

FAX : 888-1212 (直通)

