（様式1）

医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）

紹介日：　　年　　月

（紹介先）

さいたま赤十字病院　様

所在地
貴医療機関名
電話　　ＦＡＸ
医師名　　印

下記患者さんについて、医療機器の共同利用を申し込みます。
なお、検査時に患者さんに対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

フリガナ： 患者氏名：		生年月日：　　年　　月　　日 （　　歳）　　男 ・ 女
住所	〒 ＴＥＬ	
当院受診歴	有 ・ 無　（診察券番号：	旧姓　（　　） ※　当院最終来院後、改姓された方のみ
依頼検査	□ＭＲＩ検査　　□マンモグラフィー □ＣＴ検査　　□脳波検査	
検査部位	ＣＴ（検査できる部位は1箇所です） □頸部　□胸部　□上腹部(肝･胆･膵･腎)　□肝～骨盤(泌尿器系･婦人科系)　□骨盤 □大血管(胸腹部大動脈瘤径、石灰化病変の検索)	
	ＭＲＩ（検査できる部位は1箇所です） □頭部(ﾙｰﾁﾝ・下垂体・眼窩・副鼻腔・内耳道)　□頸部　□上腹部　□ＭＲＣＰ　□骨盤 □脊椎(頚椎・胸椎・腰椎・頚胸椎移行部・胸腰椎移行部・腰仙椎移行部)　□股関節(右・左・両方) □上肢　右・左(部位　　)　□下肢　右・左(部位　　)　□その他	
	□頭部ＭＲＡ　□頸部ＭＲＡ　□その他(　　)	
検査目的		
病歴および主訴		
臨床診断名		
検査希望日	第一希望　　年　月　日（　）	第二希望　　年　月　日（　）

※太枠内をご記入ください

医療連携課　ＦＡＸ番号：048-852-1132