

(様式1)

## 医療機器共同利用申込書(診療情報提供書)

紹介日: 平成 年 月 日

(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:	明・大・昭・平	年	月	日
患者氏名:	( 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	<input type="checkbox"/> MRI検査	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー		
	<input type="checkbox"/> CT検査	<input type="checkbox"/> 脳波検査		
検査部位	CT (検査できる部位は1箇所です)			
	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆・膵・腎) <input type="checkbox"/> 肝～骨盤(泌尿器系・婦人科系) <input type="checkbox"/> 骨盤			
	<input type="checkbox"/> 大血管(胸腹部大動脈瘤径、石灰化病変の検索)			
検査部位	MRI (検査できる部位は1箇所です)			
	<input type="checkbox"/> 頭部(ルーチン・下垂体・眼窩・副鼻腔・内耳道) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤			
	<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・頸胸椎移行部・胸腰椎移行部・腰仙椎移行部) <input type="checkbox"/> 股関節(右・左・両方)			
	<input type="checkbox"/> 上肢 右・左(部位 )	<input type="checkbox"/> 下肢 右・左(部位 )	<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 頭部MRA	<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 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 平成 年 月 日( )	第二希望 平成 年 月 日( )		

※太枠内をご記入ください

医療連携係 FAX番号:048-852-1132(平日9:00~17:00)