

(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 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:	生年月日: 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)
	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	
来院不可日	※患者さんの都合の悪い日があればご記入ください

