

(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	☐ 脳波検査 ☐ CT検査 ※ ☐ MRI検査 ☐ 骨塩定量検査		
説明・同意	※CT検査の場合、必ず説明しチェックを入れてください。 ☐ 患者に医療放射線被ばくに関する説明をしました。		
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(頸椎・胸椎・腰椎・頸胸椎移行部・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()		
	骨塩定量検査 ☐ 腰椎+大腿骨(□右 □ひだり) ☐ 腰椎のみ ☐ 大腿骨のみ(□右 □ひだり)		
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		

※太枠内をご記入ください

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