

(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: 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	<input type="checkbox"/> 脳波検査 <input type="checkbox"/> CT検査 ※ <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	脳波検査 <input type="checkbox"/> 過呼吸賦活あり <input type="checkbox"/> 過呼吸賦活なし
	CT (検査できる部位は1箇所です) <input type="checkbox"/> 頭部 <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( )
	骨塩定量検査 <input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨(口右 口ひだり) <input type="checkbox"/> 腰椎のみ <input type="checkbox"/> 大腿骨のみ(口右 口ひだり)
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