

# 紹介状 (医療機器共同利用申込書)

**様式2** 2020年5月版

年 月 日

名古屋第二赤十字病院

患者支援センター 地域医療連携室 宛

TEL052-832-1121 (代表) FAX052-832-5389

受付時間:当院診療日(月~金)の8:30~19:00

**FAX送信先052-832-5389**

下記の患者さまについて、医療機器の共同利用を申し込みます。なお、  
検査時に患者さま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。

《 紹介元情報の記入をお願いします 》

〒

住所

施設名

医師名

TEL                                  -                                  -                                  )

FAX                                  -                                  -                                  )

登録医番号

八事日赤の 診察券番号										
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ		M・T・S・H・R (西暦)	
氏名		年 月 日 (満 才)	男・女
		旧姓 ( )	
※当院最終受診後、改姓された方は必須			
現住所	(〒                                  -                                  ) 郵便番号は必ず記入してください		
電話番号	(自宅・会社・携帯)                                  -                                  -		

《保険記入欄》保険証・医療証のコピーをFAXしていただいても結構です。 ※労災・交通事故・生活保護(該当の方は○をつけてください。)

保険者番号		公費負担区分	乳・障・母・福・その他( )
記号番号/被保険者番号		公費負担者番号	
被保険者(本人・家族)	負担割合( 割)	受給者番号	

利用機器	<input type="checkbox"/> MR I・MRA (○をお付けください) <input type="checkbox"/> 単純CT    ※造影CTは専用紙(様式3)		
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部    脊椎( <input type="checkbox"/> 頸椎・ <input type="checkbox"/> 胸椎・ <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 四肢( <input type="checkbox"/> 左上肢・ <input type="checkbox"/> 右上肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢・ <input type="checkbox"/> 右下肢)		
※利用機器(太字)を選択し、その項目の下にある検査部位を選択ください。	<input type="checkbox"/> 骨塩定量(身長                  c m・体重                  k g) <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨(右・左・両方) ← (○をお付けください) <input type="checkbox"/> エコー ※頸部エコー(甲状腺・腫瘤の評価)や乳腺エコーは、共同利用ではなく、各科外来受診を申し込み下さい。 (心臓・頸動脈・腹部(肝胆脾)) ← (○をお付けください、「心臓」以外は成人の方対象) <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 脳波		

主要臓器	臨床診断
------	------

現病歴	検査目的
※心臓エコーをご利用の場合は、心電図及びレントゲン所見をご記入ください。	

患者さまの状況	<input type="checkbox"/> 手術(動脈瘤)クリップ (部位:                                  ) <input type="checkbox"/> 体内、体表金属類 (部位:                                  ) <input type="checkbox"/> 人工関節、骨折接合金属 (部位:                                  ) <input type="checkbox"/> 抗凝固剤服用中 (薬品名:                                  ワーファリン服用中の場合INR値: <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 妊娠初期 <input type="checkbox"/> その他 (                                  )		
---------	--	--	--

指針(診療用放射線の安全利用)に従い、検査の必要性を説明しましたか(単純CTは必須)	<input type="checkbox"/> 説明した ※説明実施後、上記にレ点を付してください
--	---

◎ワーファリン服用中の場合、胃カメラ検査前1週間以内でのINR値>3あるいは未測定の場合は、生検なしで観察のみとなります。

検査希望日	(日時の仮おさえがある場合、こちらにご記載ください)
検査日・検査時間 (八事日赤記入欄)	年 月 日 ( ) :

予約受付後ご案内の用紙をFAXにて返信しますので、内容をご確認の上、患者さまにお渡ししてください。