

日本赤十字社 愛知医療センター  
 名古屋第二病院  
 患者支援センター 地域医療連携室 宛  
 TEL 052-832-1121 (代表) FAX 052-832-5389  
 受付時間：当院診療日 (月～金) の8:30～19:00

**FAX送信先052-832-5389**

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

八事日赤の診察券番号(分かればご記入ください)

《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 \_\_\_\_\_

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏名			旧姓( )	
生年月日	T・S・H・R(西暦)	年 月 日(満 才)	※当院最終来院後、改姓された方は必ずご記入ください	
現住所	(〒 - )※郵便番号も記入ください			
電話番号	- -			

《保険記入欄》保険証・医療証のコピーFAX可 ※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	_____

MR  頭部MRIMRA両方  頭部MRIMRA両方+頸部MRA  腹部MRCPのみ  腹部MRI+MRCP

MRI  頭部  頸部  胸部  腹部  骨盤部  頸椎  胸椎  腰椎  
 上肢(右・左)  下肢(右・左)

MRA  頭部  頸部  胸部  腹部  骨盤部  上肢(右・左)  下肢(右・左)

単純CT  頭部  頸部  胸部  腹部  骨盤部  胸部・腹部  胸部・腹部・骨盤部  腹部・骨盤部  
 頸部・胸部・腹部・骨盤部  上肢(右・両方・左)  下肢(右・両方・左)

骨塩定量(身長 \_\_\_\_\_ cm/体重 \_\_\_\_\_ kg)  腰椎  大腿骨(右・両方・左)  
 ※腰椎+大腿骨(両方)は要相談

胃カメラ  マンモグラフィ  脳波

心臓エコー  頸動脈エコー  腹部エコー(肝胆脾) ※心臓エコー以外は成人のみ  
 ※頸部エコー(甲状腺・腫瘍の評価)や乳腺エコーは、共同利用ではなく各科外来受診をお申し込みください。

主要臓器	_____	臨床診断	_____
------	-------	------	-------

現病歴	_____
検査目的	_____

患者様の状況	<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)  説明した ※説明実施後、左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	(日時の仮押さえがある場合も、こちらにご記入ください)		
受診日・受診時間 (八事日赤記入欄)	年 月 日( )	:	

※予約受付後、ご案内用紙をFAXで返信しますので、内容をご確認の上、患者さまにお渡しください。