

紹介状(医療機器共同利用申込書)

様式2 2024年6月版

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

《紹介元情報の記入をお願いします》

〒
住所

施設名

医師名

〈TEL ー ー 〉

〈FAX ー ー 〉

登録医番号

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)

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)	※旧姓のある方はご記入ください	
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

保険者番号							
記号番号/被保険者番号							
被保険者(本人・家族)	負担割合(割)						

※労災・交通事故・生活保護(該当の方は○をつけてください)

公費負担区分	乳・障・母・福・その他()						
公費負担者番号							
受給者番号							

MR	<input type="checkbox"/> 頭部MRIMRA両方	<input type="checkbox"/> 頭部MRIMRA両方+頸部MRA	<input type="checkbox"/> 腹部MRCPのみ	<input type="checkbox"/> 腹部MRI+MRCP				
MRI	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎
	<input type="checkbox"/> 上肢(右・左)	<input type="checkbox"/> 下肢(右・左)						
MRA	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 上肢(右・左)	<input type="checkbox"/> 下肢(右・左)	
単純CT	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 胸部・腹部	<input type="checkbox"/> 胸部・腹部・骨盤部	<input type="checkbox"/> 腹部・骨盤部
	<input type="checkbox"/> 頸部・胸部	<input type="checkbox"/> 頸部・胸部・腹部・骨盤部	<input type="checkbox"/> 上肢(右・両方・左)	<input type="checkbox"/> 下肢(右・両方・左)				
骨塩定量(身長	cm/体重	kg)	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 大腿骨(右・両方・左)				
※腰椎+大腿骨(両方)は要相談								
<input type="checkbox"/> 胃カメラ・抗凝固剤服用	なし・あり	(薬品名:	ワーファリン服用中の場合INR値:)					
<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	<input type="checkbox"/> 脳波	<input type="checkbox"/> 骨シンチ(事前にお電話が必要です)	(身長	cm/体重	kg)			
<input type="checkbox"/> 心臓エコー	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	<input type="checkbox"/> 腹部エコー(肝胆膵)	※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 <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) ☆実施施設を記入願います:院外(施設名) 当院 ※上記に該当ある場合は実施施設に、各種検査に対応しているか確認をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー ※MRは共同利用実施不可 当日手帳の持参をお願いします <input type="checkbox"/> 妊娠初期		
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、左記にレ点を付してください		

※持続血糖測定器(CGMまたはFreeStyleリブレ)を装着している方は測定器の取り外しが必要です。そのため新しい測定器を持参していただき、装着状況について受付時にお申し出ください。

※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。