

# 紹介状 (医療機器共同利用申込書)

様式2 2025年1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

**FAX送信先 052-832-5389**

TEL052-832-1121 (代表) 受付時間：平日8:30~19:00

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》 ※登録医施設に限らせていただきます

〒 \_\_\_\_\_  
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)	※旧姓のある方はご記入ください	
現住所	(〒 - ) ※郵便番号もご記入ください			
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)	_____	受給者番号	_____
負担割合( 割)	_____		

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  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・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: \_\_\_\_\_)

マンモグラフィー  脳波  骨シンチ(事前にお電話が必要です)(身長 \_\_\_\_\_ cm/体重 \_\_\_\_\_ kg)

心臓エコー  頸動脈エコー  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

該当なし

手術(動脈瘤)クリップ  体内、体表金属類(部位 \_\_\_\_\_)  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 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 頃

**※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。**

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  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)  **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 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( ) : \_\_\_\_\_ (仮押さえがある場合もこちらにご記入ください)

(八事日赤記入欄) 受診日・受診時間 \_\_\_\_\_ 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。