

## 医療機器共同利用依頼書

(診療情報提供書)

令和 年 月 日

紹介先医療機関名  
独立行政法人国立病院機構 豊橋医療センター宛

ID: \_\_\_\_\_

※共同利用のID(豊橋医療センター使用欄)

フリガナ 患者氏名	紹介元医療機関の所在地及び名称		
T・S H・R	年	月	日生 歳
性別：男・女	ペースメーカー等 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )		電話番号 ご担当医師名 印
<input type="checkbox"/> CT (単純)	撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> その他( )	
	予約希望日	令和 年 月 日 ( ) 13時~16時の間、時間枠の予約は不要です。 ( 17:30 , 18:00 , 18:30 ) <input type="checkbox"/> 日時の希望なし	
<input type="checkbox"/> MRI (単純)	撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 四肢( ) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 両股関節 <input type="checkbox"/> その他( )	
	予約希望日時	① 令和 年 月 日 ( ) (13:00~, 14:00~, 15:00~) ( 17:30 , 18:00 , 18:30 ) ----- ② 令和 年 月 日 ( ) (13:00~, 14:00~, 15:00~) ( 17:30 , 18:00 , 18:30 ) <input type="checkbox"/> 日時の希望なし	
<input type="checkbox"/> 骨密度 測定	測定部位	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> 股関節人工関節 有 ( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 腰椎のみ	
	予約希望日	令和 年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 日時の希望なし	
読影レポート	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 前回 ( 年 月 日 ) と比較 <input type="checkbox"/> 不要 ※必ず前回の画像CDをお持ちください。		
傷病名			
既往歴及び家族歴			
症状・治療経過及び検査の具体的な指示			

※撮影部位が複数の場合は、撮影部位毎に依頼書の作成をお願いします。

(豊橋医療センター使用欄)

検査予約日時 令和 年 月 日 時 分

担当技師 CD-R 枚

前回 ID

院内 ID

※前回の共同利用使用ID

※豊橋医療センターで通常受診ID