

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: _____

※豊橋医療センターで記載します

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	電話番号	ご担当医師名
性別：男・女	ペースメーカー等 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	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 () <input type="checkbox"/> 目安 9:00~12:00 <input type="checkbox"/> 目安 12:00~16:00 <input type="checkbox"/> 17:30 <input type="checkbox"/> 18:00 <input type="checkbox"/> 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		
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)

前回 ID

院内 ID

※前回の共同利用ID

※豊橋医療センターで通常受診のID

2026.1