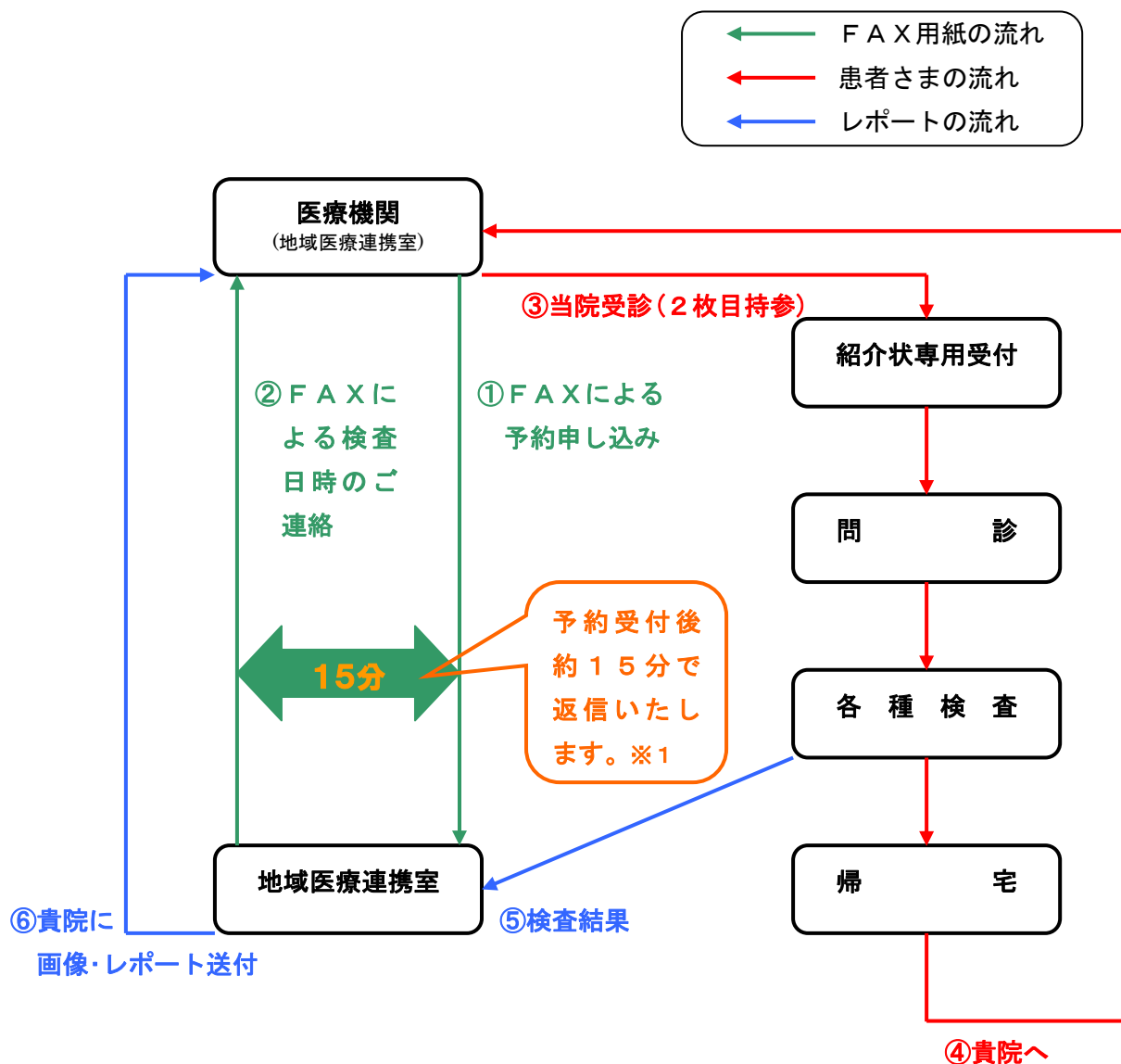


## 旭川赤十字病院共同利用の流れ



- ① 専用FAX用紙にて検査の事前申し込みをいただきます。
- ② 連携室より確定検査日時をお知らせいたします。
- ③ 患者さまは当日検査30分前に来院いただき、医師の問診後検査をいたします。
- ④ 患者さまは後日貴院を受診し、貴院より検査結果を患者さまへ伝えていただきます。
- ⑤ 検査結果を集約し依頼元の先生に対し送付等の準備をいたします。
- ⑥ 貴院に画像データとレポートを送付いたします。到着までに2～3日かかりますこと、ご了承ください。

※1 受付時間内（8:30～16:30）における返信時間です。受付時間外に着信いたしましたFAXの返信につきましては翌日または休み明けの受付時間内の返信となります。

# 共同利用申込書の記入方法

- 共同利用申込書をご記入の上、FAX願います。
- 診療情報提供書を別途ご用意の上、検査当日ご持参いただきますようご説明願います。

年 月 日

**旭川赤十字病院 共同利用申込書**  
[医療機関]  
住所 〒  
名称 **①**

〒070-8330  
旭川市寿1条1丁目1番1号  
旭川赤十字病院  
地域医療連携室 宛  
主診医  
FAX: 0166-22-8287 FAX:  
TEL: 0166-22-8111 TEL:

【患者情報】  
患者氏名 性別 男・女  
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 **②** ( )  
〒 電話番号  
住所  
希望日時 第1希望 年 月 日 ( 時分) 第2希望 年 月 日 ( 時分)

【傷病名】 (依頼目的) **③**

【検査項目】 ※共同利用申込書(本票)とは別に紹介状の作成をお願いします。※同日2部位の撮影は原則として行っておりません。  
●造影要否 要・不要 ●造影提供方法 D のみの提供となります  
CT検査: 胸部 腹部 胸腹部(胸～骨盤) 腹部(肝～骨盤) その他(部位 )  
造影: 無 有 (放射線科医の判断で造影剤使用を中止することもあります。)※1  
造影剤使用を希望する場合は造影剤アレルギー: 無 [Ea] 有 有  
\*CT造影剤: \*造影剤アレルギー: 無 有 \*造影剤アレルギー: 無 有  
※造影剤は適宜決定します。[ ]は造影剤を選択、記入してください。  
MRIが使用できない体内金属が判明した場合は検査を中止することがあります。  
MRI検査: 脳 頸椎 腰椎 膝 MRCP(胆道) 腎・副腎 その他の腹部(脾・胆・膵)  
婦人科(卵巣・子宮) 前立腺 その他の骨盤部(膀胱・シトバ等) 尿管  
整形外科(肩・膝・股関節・その他) 乳癌 軟部組織  
造影: 無 有 (放射線科医が必要な造影剤を選択します。また、造影剤使用を中止することもあります。)※1  
造影剤使用を希望する場合は造影剤アレルギー: 無 [Ea] 有 有  
\*MRI造影剤アレルギー: 無 有 \*造影剤アレルギー: 無 有  
※MRI検査の場合は以下の項目に必ずご記入をお願いします。  
①～④で「有」の場合、MRI検査はできません。  
⑤～⑦で「有」の場合、MRI検査の可否について事前に確認願います。  
①心臓ペースメーカー: 無 有 ②人工内耳や神経刺激装置等: 無 有  
③造影剤に誘発するアレルギー: 無 有 ④カプセル内視鏡またはイレウス管: 無 有  
⑤体内金属や補綴物: 無 有 [※確認願います] MRI撮影可 撮影不可(予約できません)  
「有」の方は、以下の当てはまるものを○で囲ってください。  
人工弁 起動装置カブリ V-PULPシャツ 人工関節 腱内釘 ステント 外傷による金属(鉄片や破片等)  
電磁石 遊離リング その他( )  
⑥歯科心アブラント: 無 有 [※確認願います] MRI撮影可 撮影不可(予約できません)  
⑦入れ歯(カッター)やアークメイク(まゆ毛、アイラシ等): 無 有 [※脱色、やけど、皮膚の剥離を起す可能性があります]  
⑧内視鏡での胃腸のポリープ切除あるいは止血処置(1週間以内): 無 有  
⑨閉鎖性気腫: 無 有 ⑩妊娠: 無 有 ⑪前回検査: 無 有  
PET検査: PET検査(全身) PET検査(局部) PET検査(SPECT) PET検査(その他) )  
超音波: 腹部 胸部(部位: )  
生理機能検査: 脳波 脳機能検査 ※生理機能検査は、検査結果のみとなります

※1 造影検査の場合はCT又はMRI用の「造影検査同意書(チェックリスト)」及び「造影検査説明書」を確認後、申込書とあわせてFAX願います。なお、MRI造影検査チェックリストは【実施予定の検査】～①全てにチェック願います。 2016.11

- ①各項目に対する貴院の情報をご記入ください。
- ②患者さまの情報をご記入ください。  
ご連絡を受けた時点で当院のカルテを作成いたします。希望日時は予約日程の調整のため、第2希望までご記入ください(日付は別の日をご記入願います)
- ③傷病名・依頼目的をご記入ください。

※診療情報提供書(様式の指定はありません)として貴院における臨床診断、検査目的、経過・既往歴合併症を必ず別紙作成の上、検査当日ご持参いただきますようご説明願います。  
(読影不要の場合でもご記入ください。)

- ④画像提供方法はCDのみとなりますのでご了承ください。
  - ・検査部位は同日2部位の撮影は行っておりません。
  - ・検査共通情報は必ずご記入ください。詳細記入欄がある場合は必ず( )内もご記入ください。
  - ・造影の有無(CT・MRI)を記入ください。  
※造影有の場合は次ページを参照ください。



