

当院が所有する医療機器を地域の医療機関の先生方に活用していただくことを目的に、高度医療器の共同利用を行っております。当院で検査のみを行い、検査結果と放射線科医の読影レポートを原則検査翌日に依頼元の医療機関へ発送しております。また、異常があり緊急対応が必要な場合、当院で処置し、依頼元へ直ちに結果報告を行っております。当院の高度医療機器を活用し、地域の先生方にお役立ていただければ幸いです。是非、この機会に共同利用をご活用ください。

①

共同利用申込書に

必要事項をご記入ください。

※ホームページからダウンロードできます。

※造影剤を使用する検査をご希望の場合は

造影検査同意書(チェックリスト)・造影検査説明

書のご記入と併せてFAXをお願いいたします。



②

地域医療連携室まで

FAXをお願いいたします。

※診療情報提供書も

併せてFAX願います。



③

検査日時が決定したら、地

域医療連携室より「検査日

程のご連絡」をFAX送信い

たします。



④

診療情報提供書の原本を

患者様にお渡しの上、検査

日当日にご持参ください。



注意事項

1. お申込みいただいてから（FAX確認後）15分程度で検査日時をご連絡いたします。
2. 受付時間は平日8：30～16：30となっております。受付時間外にお申込みいただいた場合、当院からの返信は翌日または休診日明けの返信となりますのでご了承ください。
3. 検査内容によって、日程の調整に時間がかかる場合がございます。また、お申込みの内容によっては、追加情報を依頼する場合がございますので、予めご了承ください。この場合、当室よりご担当者様に連絡いたします。
4. 当院からの返信が確認できない場合は、お手数ですが地域医療連携室までご連絡ください。
5. 検査日前までに診療情報提供書の作成をお願いいたします。診療情報提供書作成後は、地域医療連携室までFAXのうえ、原本は当日患者さんに持参させてください。
6. 造影検査をご希望の場合は、申込時に造影検査説明書(チェックリスト)と造影検査説明書を併せてFAXのうえ、原本は当日患者さんに持参させてください。

旭川赤十字病院 共同利用申込書 MRI (FAX専用)

〒070-8530

申込年月日 年 月 日

旭川市曙1条1丁目1番1号

紹介元

地域医療連携室 宛

F A X : 0166-22-8287 (直通)

T E L : 0166-22-8133 (直通)

〈受付時間〉 8:30~16:30

〈休診日〉 土日・祝日

12月29日~1月3日

5月1日(開院記念日)

住 所: 〒
医療機関名:
主 治 医:
T E L : F A X :
担 当 者:

患者情報 ※患者番号がわかる場合は番号と患者氏名のみ記入で構いません。

旭川赤十字病院 受診歴	あり	患者番号 () ・ なし ・ 不明
フリガナ	様 男	生年月日
患者氏名	女	大・昭 平・令 年 月 日(歳)
住所	〒	電話番号

該当箇所にご記入をお願いします。

傷病名			
依頼目的			
希望日時	第1希望 月 日 時頃	第2希望 月 日 時頃	希望なし
直近1か月の 他院受診歴	外来受診: 無 ・ 有 (医療機関名: 受診日: 月 日) 入院: 無 ・ 有 (医療機関名: 入院期間: 月 日~ 月 日)		

該当箇所にごをつけてください。

読影	要 ・ 不要	
造影	無 ・ 有	1.造影検査の場合はMRI用の「造影検査同意書(チェックリスト)」と「造影検査説明書」も併せてFAX願います。 2.有の場合は下記①~③のチェック願います。 ①腎機能障害 : 無 (BUN値: Cr値:) ・ 有 ②MRI造影剤過敏症 : 無 ・ 有 ③喘息 : 無 ・ 有
部位	脳 頸椎 胸椎 腰椎 肝 腎・副腎 前立腺 その他 ()	
問診	★下記の項目(①~⑧)について該当する項目がございましたら○をつけてください。 ①心臓ペースメーカー ②人工内耳や神経刺激装置 ③磁力で装着する義眼 ④カプセル内視鏡またはイレウス管 ⑤体内金属や精密機械 ~ 人工弁・脳動脈瘤クリップ・V-P(L-P)シャント・人工関節・髄内釘 ステンント・外傷による金属(鉄片や銃弾等)・置き針・避妊リング・その他() ⑥一週間以内に内視鏡での胃腸のポリープ切除あるいは止血処置 ⑦歯科インプラント ⑧入れ墨(タトゥー)やアートメイク(まゆ毛、アイライン等)※脱色、やけど、皮膚の炎症を起こす可能性があります。	
注意事項	1.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。 2.上記①~④で「有」の場合、MRI検査はできません。 3.上記⑤~⑧で「有」の場合、MRI検査の可否について事前に確認願います。 撮影不可とされた場合、予約は出来ません。	

2021.6

例

旭川赤十字病院 共同利用申込書 MRI (FAX専用)

〒070-8530

申込年月日 **2021年 5 月 15 日**

旭川市曙1条1丁目1番1号

地域医療連携室 宛

FAX : 0166-22-8287 (直通)

TEL : 0166-22-8133 (直通)

〈受付時間〉 8:30~16:30

〈休診日〉 土日・祝日

12月29日~1月3日

5月1日(開院記念日)

紹介元

住所 〒

医療機関名

主治医

TEL :

FAX :

担当者 :

紹介元情報を記入してください。
 ※ご担当者様のお名前も
 忘れずにご記入お願いします。

患者情報 ※患者番号がわかる場合は番号のみ記入いただき、患者情報の記入は不要です。

旭川赤十字病院 受診歴	<input checked="" type="checkbox"/> あり	患者番号 ()	なし・不明
フリガナ 患者氏名	ニッセキ 知ウ 日赤 太郎	様 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大・昭 平・会 55年 5 月 1 日 (41歳)
住所	〒070-8530 旭川市曙〇条〇丁目〇		〇〇〇〇

患者番号がわかる場合は番号と
患者氏名のみの記入で構いません。

該当箇所にご記入をお願いします。

傷病名	診療情報提供書を添付いただければ、記載不要です。		
依頼目的			
希望日時	第1希望 6 月 1 日 時頃	第2希望 6 月 3 日 時頃	以外 希望なし <input checked="" type="checkbox"/>
直近1か月の 他院受診歴	外来受診: 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (医療機関名: 〇〇クリニック)	受診日: 5 月 1 日	
	入院: 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		

受診希望日、もしくは都合の悪いお日にちをご記入ください。
希望日がない場合は、希望なしに〇をつけてください。

該当箇所にご記入をお願いします。

読影	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ 不要
造影	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 読影の要・不要、造影の無・有については必ず該当箇所にご記入ください。 ※造影有の場合は「造影検査同意書(チェックリスト)」と「造影検査説明書」を併せてFAX及び、①~③のチェックをお願いいたします。
部位	<input checked="" type="checkbox"/> 脳 頸椎 胸椎 腰椎
問診	★下記の項目(①~⑧)について ①心臓ペースメーカー ③磁気で装着する義眼 ⑤体内金属や精密機械 ~ 人工弁・脳動脈瘤クリップ・V-P(L-P)シャント・人工関節・ 撮影可 脳内釘 ステント・外傷による金属(鉄片や銃弾等)・置き針・避妊リング・その他() ⑥一週間以内に内視鏡での胃腸のポリープ切除あるいは止血処置 ⑦歯科インプラント ⑧入れ墨(タトゥー)やアートメイク(まゆ毛、アイライン等)※脱色、やけど、皮膚の炎症を起こす可能性があります。
注意事項	1.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。 2.上記①~④で「有」の場合、MRI検査はできません。 3.上記⑤~⑧で「有」の場合、MRI検査の可否について事前に確認願います。 撮影不可とされた場合、予約は出来ません。

2021.6

旭川赤十字病院 共同利用申込書 (FAX専用)

CT・RI・超音波・生理機能検査

〒070-8530

申込年月日 年 月 日

旭川市曙1条1丁目1番1号

紹介元

地域医療連携室 宛

F A X : 0166-22-8287 (直通)

T E L : 0166-22-8133 (直通)

〈受付時間〉 8:30~16:30

〈休診日〉 土日・祝日

12月29日~1月3日

5月1日 (開院記念日)

住 所: 〒	
医療機関名:	
主治医:	
T E L :	F A X :
担当者:	

患者情報 ※患者番号がわかる場合は番号と患者氏名のみ記入で構いません。

旭川赤十字病院 受診歴	あり 患者番号 () ・ なし ・ 不明
フリガナ 患者氏名	様 男 女 生年月日 大・昭 平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒 電話番号 - -

該当箇所にご記入をお願いします。

傷病名			
依頼目的			
希望日時	第1希望 月 日 時頃	第2希望 月 日 時頃	希望なし
直近1か月の 他院受診歴	外来受診: 無 ・ 有 (医療機関名:) 受診日: 月 日		入院: 無 ・ 有 (医療機関名:) 入院期間: 月 日~ 月 日

該当箇所に○をつけてください。

読影	要 ・ 不要
造影	無 ・ 有

1.造影検査の場合はCT用の「造影検査同意書(チェックリスト)」と「造影検査説明書」も併せてFAX願います。
2.有の場合は下記①~③のチェック願います。
①腎機能障害 : 無 (BUN値: Cr値:) ・ 有
②CT造影剤、ヨード過敏症 : 無 ・ 有 ③重篤な甲状腺疾患 : 無 ・ 有

希望の検査項目・部位に○をつけてください。

検査項目	検査部位
CT	頭部 頸部 胸部 胸腹部(胸~骨盤) 腹部(肝~骨盤) その他()
RI	骨シンチ(体重:) ガリウムシンチ(体重:) 脳血流SPECT DATスキャン 甲状腺Tcシンチ その他()
超音波	頸部 腹部 (部位:)
生理機能検査	脳波 肺機能検査 生理機能検査は、検査結果のみとなります。

2021.6

例

旭川赤十字病院 共同利用申込書 (FAX専用)

CT・RI・超音波・生理機能検査

〒070-8530

申込年月日 **2021年 5 月 15 日**

旭川市曙1条1丁目1番1号

地域医療連携室 宛

FAX : 0166-22-8287 (直通)

TEL : 0166-22-8133 (直通)

〈受付時間〉 8:30~16:30

〈休診日〉 土日・祝日

12月29日~1月3日

5月1日 (開院記念日)

紹介元

住所 〒

医療機関名

主治医:

TEL:

FAX:

担当者:

紹介元情報を記入してください。
 ※ご担当者様のお名前も
 忘れずにご記入お願いします。

患者情報 ※患者番号がわかる場合は番号のみ記入いただき、患者情報の記入は不要です。

旭川赤十字病院 受診歴	<input checked="" type="checkbox"/> あり	患者番号 ()	なし・不明
フリガナ 患者氏名	ニッセキ 知の 日赤 太郎	様 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 日 大・昭 平・金 55年 5 月 1 日 (41 歳)
住所	〒 070-8530 旭川市曙〇条〇丁目〇		〇〇〇〇

患者番号がわかる場合は番号と
患者氏名のみでの記入で構いません。

該当箇所にご記入をお願いします。

傷病名	診療情報提供書を添付いただければ、記載不要です。		
依頼目的			
希望日時	第1希望 6月 1 日 時頃	第2希望 6月 3 日 時頃以外	希望なし <input checked="" type="checkbox"/>
直近1か月の 他院受診歴	外来受診: 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (医療機関名:)	〇〇クリニック	受診日: 5月 1 日
	入院: 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ()		

受診希望日、もしくは都合の悪いお日にちを
ご記入ください。希望日がない場合は、希望なし
に〇をつけてください。

該当箇所に〇をつけてください。

読影	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ 不要
造影	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有

読影の要・不要、造影の無・有については
必ず該当箇所に〇をつけてください。
 ※造影有の場合は「造影検査同意書(チェックリスト)」と「造影検査説明書」を併せてFAX及び、①~③のチェックをお願いいたします。

希望の検査項目・部位に〇を

検査項目	
<input checked="" type="checkbox"/> CT	頭部 頸部 <input checked="" type="checkbox"/> 胸部 胸腹部(胸~骨盤) 腹部(肝~骨盤) その他()
RI	骨シンチ(体重:) ガリウムシンチ(体重:) 脳血流SPECT DATスキャン 甲状腺Tcシンチ その他()
超音波	頸部 腹部(部位:)
生理機能検査	脳波 肺機能検査 生理機能検査は、検査結果のみとなります。

2021.6

旭川赤十字病院 予約申込時の注意事項

〈診療予約申込について〉

- 1.申込時は、**診療予約申込書の太枠内**に必要事項を記入し、地域医療連携室までFAXをお願いいたします。
- 2.当院の患者番号がわかる場合は、**患者番号と患者氏名のみ**記入いただき、**患者情報の記入は不要**です。
- 3.**重要**：呼吸器内科、血液・腫瘍内科を予約する場合、**診療情報提供書も同時にFAX**してください。
- 4.お申込みの内容によっては、追加情報をご依頼する場合があります。（担当者様にご連絡いたします）
- 5.予約日時が決まりましたら、FAXで返信いたします。
平日受付時間内の場合は、**FAX確認後15分程度**の時間を要します。
平日受付時間外（金曜除く）の場合は、**翌日の返信**となります。
金曜時間外、休診日の場合は、**休診日明けの返信**となります。
- 6.当院からの**返信が確認できない場合**、お手数ですが**地域医療連携室までお電話**をお願いします。
- 7.**受診日前までに診療情報提供書の作成**をお願いいたします。
 診療情報提供書作成後は**地域医療連携室にFAX**のうえ、原本は当日患者さんに持参させてください。

〈共同利用予約申込について〉

- 1.申込時は、**共同利用申込書の太枠内**に必要事項を記入し、地域医療連携室までFAXをお願いいたします。
- 2.当院の患者番号がわかる場合は、**患者番号と患者氏名のみ**記入いただき、**患者情報の記入は不要**です。
- 3.お申込みの内容によっては、追加情報をご依頼する場合があります。（担当者様にご連絡いたします）
- 4.予約日時が決まりましたら、FAXで返信いたします。
平日受付時間内の場合は、**FAX確認後15分程度**の時間を要します。
平日受付時間外（金曜除く）の場合は、**翌日の返信**となります。
金曜時間外、休診日の場合は、**休診日明けの返信**となります。
- 5.当院からの**返信が確認できない場合**、お手数ですが**地域医療連携室までお電話**をお願いします。
- 6.**検査日前までに診療情報提供書の作成**をお願いいたします。
 診療情報提供書作成後は**地域医療連携室にFAX**のうえ、原本は当日患者さんに持参させてください。
- 7.**造影検査**を希望の場合は、申込時に**造影検査同意書(チェックリスト)**と**造影検査説明書**を併せてFAXのうえ、原本は当日患者さんに持参させてください。

〈共同利用予約時間一覧〉

	月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
CT・MRI	11:00～ 11:30	15:00～ 15:30	11:00～ 11:30	×	11:00～ 11:30	15:00～ 15:30	11:00～ 11:30	15:00～ 15:30	11:00～ 11:30	×
RI	骨シンチ	11時頃注射 (14時頃撮影)	×	×	11時頃注射 (14時頃撮影)	×	11時頃注射 (14時頃撮影)	×	×	×
	腫瘍シンチ ガリウムシンチ	○ (注)	○ (注)	○ (注)	○ (注)	○ (注)	○ (注)	○ (注)	○ (注)	○ (注)
	脳血流 スペクト	×	11:00～ 11:45	×	×	×	×	×	11:00～ 11:45	×
	DATスキャン	12時頃注射 (15時頃撮影)	×	×	12時頃注射 (15時頃撮影)	×	12時頃注射 (15時頃撮影)	×	×	×
超音波 (腹部・甲状腺)	12:00頃	11:00頃	12:00頃	12:00頃	12:00頃	12:00頃	11:00頃	11:00頃	11:00頃	
脳波	9:00～15:00	9:00～15:00	9:00～15:00	9:00～15:00	9:00～15:00	9:00～15:00	9:00～15:00	9:00～15:00	9:00～15:00	
肺機能検査	9:00～11:00	9:00～11:00	9:00～11:00	9:00～11:00	9:00～11:00	9:00～11:00	9:00～11:00	9:00～11:00	9:00～11:00	
検査可能人数/日	4名	3名	4名	4名	4名	4名	3名	3名	3名	

- ・予約時間は当日の検査状況によって多少お待ちいただく場合がございます。
- ・詳しくは地域医療連携室までお問い合わせください。

(注)時間は要相談となります。