

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、高度医療機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。

- 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。



FAX予約の注意事項

1. 受付時間

平日8:30～16:30（外来休診日を除く）

2. 予約調整にかかる時間

連携室へFAXが届いた時刻が
受付時間内（平日16:30まで）の場合：確認後15分程度
受付時間外の場合：次の受付時間が開始してから順番に調整

例：4/15（土）13:00にFAXを受領した場合
→4/17（月）8:30から順番に予約調整

3. 紹介状について

検査の前日までに診療情報提供書を当院 連携室までFAXい
ただきますようお願いいたします。予約申込の時点で既に作
成されている場合は、申込の際にお送りください。原本は当
日患者さんをお持ちください。

4. 造影検査について

造影をご希望の場合は、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
がご持ちください。

6. その他

患者さんの旧姓・以前の住所等を確認させていただく場合が
ございます。お手数おかけいたしますが、ご協力のほどよろ
しくをお願いいたします。

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 年 月 日

旭川市曙1条1丁目1番1号

地域医療連携室 宛

FAX:

TEL:

〈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:

T E L:

F A X:

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	大・昭
患者氏名	女	平・令
住所	〒	—

患者番号がわかる場合は番号と
患者氏名のため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			
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

診療情報提供書を添付いただければ、記載不要です。

該当箇所にご記入をお願いします。 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。

放射線科医による読影レポートは必要ですか?		☒ 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
部 位	☒ 脳 頸椎	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。
問 診	★下記の項目() ①心臓ペースメーカー ②人工内耳や神経刺激装置 ③磁力で表着する義眼 ④カプセル内視鏡 ⑤体内埋め込み型人工臓器 ⑥体内埋め込み型人工臓器 ⑦手術や検査等 ⑧人工弁・脳動脈瘤クリップ・人工関節 ⑨心臓大動脈ステントグラフト(3T禁)・髄内釘・置き針・外傷による金属(鉄片や銃弾など) ⑩埋め込み型心臓モニター・持続血糖測定器・その他() ⑪歯科用インプラント ⑫一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 ⑬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①~⑥で「有」の場合、MRI検査はできません。 3.上記⑦~⑩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。	

体内金属が判明した場合は検査を中止する場合がございますので、問診内容の確認をお願いいたします。
⑦~⑩で有の場合は撮影可能かの確認をお願いいたします。

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

旭川市曙1条1丁目1番1号

地域医療連携室 宛

FAX:

TEL:

〈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)

申込年月日 年 月 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	日赤 太郎	様 男 女 大・昭 平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒	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 月 日 時頃	第2希望 月 日 時頃	希望なし

希望の検査項目・部位に○をつけてください。

放射線科医による読影対応の検査

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。

放射線科医による読影レポートは必要ですか?	☒ 要 ・ 不要
-----------------------	---

検査項目	検査部位	
CT	造 影	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。
	☒ 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は○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。
RI	骨シンチ	

検査結果のみ郵送となる検査

検査項目	検査部位	
RI	脳血流SPECT DATスキャン	その他 ()
超音波	頸部 腹部 (部位:)	担当技師のレポートが同封されます。
生理機能検査	脳波 肺機能検査 生理機能検査	