

心臓超音波検査共同利用説明書（登録医用）

医療機器共同利用の手続き

- 検査予約は検査のみで診察はありません。診察を希望される場合は、該当する診療科への診察予約を必ずお取り下さいますようお願い致します。
- 保険請求は当院で行います。

【ご利用手順等】

1. 『利用申込書兼診療情報提供書』を記入され、病診連携室にFAXでお送りください。保険証・医療証はコピーを同時にFAXしていただければ申込書への記入は不要です。
2. 検査日を電話で連絡し、検査日・時間を記入した『ご案内』を返信しますので、患者さんにお渡し願います。
3. 検査結果は概ね3日ほどかかります。手元に届きましたら患者さんに結果の説明をお願い致します。

【心臓超音波検査の注意事項】

- 検査目的(心機能評価、弁膜症の重症度、心筋梗塞・壁運動、心内膜血栓の有無、心のう液の有無、先天性心疾患の有無、川崎病・冠動脈入口部等)を記入願います。

※お問い合わせ等がありましたら「病診連携室」までご連絡を下さるようお願い致します。

**長岡赤十字病院 病診連携室 TEL(代表)0258-28-3600(内線)2238
FAX(直通)0258-28-9060**

長岡赤十字病院 心臓超音波検査
 共同利用申込書兼診療情報提供書
 FAX 番号(直通) 0258-28-9060

2014.11

医療機関名
 所在地
 電話・FAX

担当医師名

送付日 平成 年 月 日

◆患者さん情報◆

| | | | |
|------|--|-----|-------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | T・S・H 年 月 日 |
| 住所 | | 電話 | () - |

※保険証及び公費等医療証を FAX していただければ、保険情報の記入は不要です。

| | | | |
|---------|---------|----------|---|
| 保険証記号番号 | | 医療証負担者番号 | |
| 保険者番号 | | 医療証受給者番号 | |
| 被保険者区分 | 本人 ・ 家族 | 負担割合 | 割 |

◆臨床診断・検査目的(方法・方向など含む)◆

◆心臓超音波検査【循環器内科医】◆ 【 】内は診断科医

◆感染症既往◆

MRSA (+ ・ -)
 梅毒 (+ ・ -)

※ FAX 受付時間 午前 8 : 30 ~ 午後 16 : 30
 ※ 検査予定日について、折り返しお電話いたしますので宜しくお願い致します。
 長岡赤十字病院 病診連携室 TEL0258-28-3600 (内線2238)