

F A X 番号 0258-30-1630

長岡中央総合病院 放射線科申込兼  
診療情報提供書

病院・診療所

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医院・クリニック

医師名 \_\_\_\_\_

氏名	フリガナ	性別	初診・再診	当院 I D			
		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
住所	〒 _____						
電話番号 _____							

\*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  
(労災・交通事故等の場合はその旨連絡ください)

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

検査希望日 月 日 ( ) AM/PM

\*必ずご記入ください

臨床診断・検査目的

\*CT検査、MRI検査の場合は、最近のクレアチニン値があればご記入（またはご持参）下さい。  
クレアチニン： mg/dL 測定日： 年 月 日

\*下記、希望検査項目にチェックを入れてください

<input type="checkbox"/> CT検査 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> その他 ( ) *造影剤使用の有無は当院医師におまかせください	<input type="checkbox"/> MRI検査 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 [ <input type="checkbox"/> MRA] <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 ( ) <input type="checkbox"/> 腹部 [ <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> その他 ] *造影剤使用の有無は当院医師におまかせください <b>【禁忌項目】</b> (必ずご記入下さい 検査ができない場合が生じます) <input type="checkbox"/> ペースメーカー装着 <input type="checkbox"/> 磁性体心臓人工弁置換 <input type="checkbox"/> 磁性体動脈クリップ <b>【注意事項】</b> <input type="checkbox"/> 人工関節置換 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 管腔内ステント <input type="checkbox"/> 仰臥位静止困難 <input type="checkbox"/> その他の手術歴有り <input type="checkbox"/> 体内に金属有り
<input type="checkbox"/> RI検査 検査項目 <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 腫瘍・炎症シンチ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査	
<input type="checkbox"/> 骨密度検査 検査部位 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 腰椎+股関節	<input type="checkbox"/> その他放射線検査 (超音波検査を除く)

\*画像データの形式にチェックをいれてください     CD-R希望     フィルム希望

長岡中央総合病院 病診連携室

〒940-8653 長岡市川崎町 2041 番地 Tel 0258-35-3700 (内線 2320) 直通 Fax 0258-30-1630