

長岡中央総合病院 放射線科申込兼
診療情報提供書

医療機関名 _____

病院・診療所

医院・クリニック

医 師 名 _____

氏名	フリガナ	性別	初診・再診	当院 ID				
		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	才
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

* 造影剤使用 CT 検査、MRI 検査の依頼は、検査希望日から 3 か月以内のクレアチニン値または eGFR 値を別紙、造影剤問診票にご記入ください。

* 下記、希望検査項目にチェックを入れてください

☐ CT 検査 検査部位 ☐ 頭部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 ☐ 胸部 * その他の部位はご相談ください。 * ICD (埋込型除細動器) ☐ 有 ☐ 無 * 造影剤使用 ☐ 有 (要同意書) ☐ 無	☐ MRI 検査 検査部位 ☐ 頭部 [☐ MRA] ☐ 骨盤 (鎮痙剤 ☐ 可 ☐ 否) ☐ 胸部 ☐ 脊椎 () ☐ 腹部 [☐ MRCP] * その他の部位はご相談下さい * 造影剤使用 ☐ 有 (要同意書) ☐ 無 透析を受けている方は造影禁忌となります。 【禁忌項目】以下の項目に ☐ 該当しない ☐ 該当する (必ずご記入ください。検査ができない場合があります) ☐ 磁性体ペースメーカー装着 ☐ VP シャント ☐ 磁性体心臓人工弁置換 ☐ 人工内耳装置 ☐ 磁性体動脈クリップ 【注意事項】以下の項目に ☐ 該当しない ☐ 該当する ☐ 人工関節置換 ☐ 閉所恐怖症 ☐ 管腔内ステント ☐ 仰臥位静止困難 ☐ その他の手術歴有 ☐ 体内に金属有り
☐ RI 検査 検査部位 ☐ 骨シンチ ☐ 甲状腺シンチ ☐ 腫瘍・炎症シンチ * その他の部位はご相談ください。	
☐ マンモグラフィー検査	
☐ 骨密度検査 検査部位 ☐ 腰椎 ☐ 股関節 ☐ 手関節 ☐ 腰椎+股関節 (両側 右 左)	

* 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