

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 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

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

\* 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