R3.12.15改訂

**FAX番号　0258-30-1630**

**長岡中央綜合病院　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

|  |  |
| --- | --- |
| **ＣＴ検査** | **ＭＲＩ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。  ＊造影剤使用　  有（要同意書）　　 無 | **検査部位**  頭部［ ＭＲＡ］  骨盤(ブスコパン可否)  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生じます）  　ペースメーカー装着 　磁性体心臓人工弁置換  　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 |

＊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

**長岡中央綜合病院　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