

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

<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 <input type="checkbox"/> 有 (要同意書) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> MRI 検査 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 [<input type="checkbox"/> MRA] <input type="checkbox"/> 骨盤 (ブスコパン <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否) <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 <input type="checkbox"/> 有 (要同意書) <input type="checkbox"/> 無 透析を受けている方は造影禁忌となります。 【禁忌項目】 (必ずご記入ください 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 【注意事項】 <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 <input type="checkbox"/> 体内に金属有り
<input type="checkbox"/> RI 検査 検査部位 <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	

* 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