

長岡中央総合病院
放射線科申込兼診療情報提供書
F A X 番号 0258-30-1630. 0258-30-1631

R7.9 改訂

医療機関名
電話番号
F A X 番号
診療科・医師名

* 患者さんは貴院でお待ちですか？ います・いません

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 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 * 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 ☐ 頭部 [☐ 脳 MRA + ☐ 頸部 MRA] ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 脊椎 () ☐ 骨盤 (鎮痙剤 ☐ 可 ☐ 否) ☐ 腹部 [☐ MRC P] * 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 ☐ 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 ☐ 腰椎 ☐ 股関節 ☐ 手関節 ☐ 腰椎+股関節 (☐ 両側 ☐ 右 ☐ 左)	