ＣＴ検査 共同利用申込書 兼 診療情報提供書

FAX　0258-28-9060

平成　　年　　月　　日

長岡赤十字病院
TEL：0258-28-3600（代表）
FAX：0258-28-9060（連携室直通）
受付時間　**8：30～16：30**

紹介元
医療機関名
医　師　名
TEL：
FAX：

ご紹介患者様情報

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年　月　日（　才）	男 ・ 女
氏　名				
住　所	〒		電話番号（日中の連絡先） －　－	

保険記入欄(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)

記号番号									公費負担者番号								
保険者番号									受給者番号								
被保険者（本人・家族）	負担割合（　割）								公費有効期限	平成　年　月　日まで							

検査希望日	①　月　日（　）　※希望に添えない場合がありますのでご了承ください ② 当院にお任せ　※都合の悪い日（　）

臨床診断･検査目的

撮影区分

部　位	□頭部　□頚部　□胸部　□腹部（膵・胆・肝・腎）　□骨盤 □その他（　）		
造影剤	□なし　□あり※	妊　娠	□なし　□あり
装　着	□なし　□あり（□心臓ペースメーカー　□植え込み型除細動器 □心臓再同期療法装置　□その他（　））		

※造影剤ありの場合

体　重	kg
検査半年以内の血清Cr値（　mg/dl）、eGFR値（　ml/min/1.73㎡）	

■造影剤使用の確認事項

・造影剤副作用歴のある方、喘息治療中、血液透析中を除くeGFR45未満の方は造影しません。

・透析中で造影される場合は、ビグアナイド系糖尿病薬を服用されていないことをご確認ください。

○撮影データはCD-Rでお渡しします