

長岡赤十字病院 CT 検査  
 共同利用申込書兼診療情報提供書  
 FAX 番号(直通) 0258-28-9060

2015.10

医療機関名  
 所在地  
 TEL・FAX

担当医師名  
 送付日 平成 年 月 日

◆患者情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	T・S・H 年 月 日 ( 歳)
住所		電話	( ) -

※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。

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

※労災・交通事故等の場合はその旨お知らせください。

◆臨床診断・検査目的

◆検査部位

- (1)部位 【・頭部 ・頸部 ・胸部 ・腹部 ・骨盤 ・その他( )】  
 (2)方法 【・造影剤 ( 無 ・ 有 )】

チェックリスト 【ご依頼の先生より記入をお願い致します。】 装着【 無 ・ 有 [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( )]】 妊娠【 無 ・ 有 】
---

造影剤「有」のチェックリスト 【ご依頼の先生より記入をお願い致します。】 体重 ( Kg) 検査半年以内の血清 Cr 値( mg/dl) もしくは eGFR 値( ml/min/1.73 m <sup>2</sup> )
--

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、ビッ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 【 CD-R ・ フィルム 】

※チェックがない場合は CD-R をお渡しします

※ FAX 受付時間 8:30~16:30  
 長岡赤十字病院 病診連携室 TEL 0258-28-3600 (内線 2238)