

# CT検査 共同利用申込書 兼 診療情報提供書

## FAX 0258-28-9060

令和      年      月      日

長岡赤十字病院 宛  
 TEL : 0258-28-3600 (代表)  
 FAX : **0258-28-9060** (連携室直通)  
 申込受付時間 **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		性 別	当院受診歴
氏 名		男・女	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
生年月日	明・大・昭・平・令      年      月      日	(      歳 )	(旧姓:      )
住 所	〒	電話番号	
		自宅	—      —
		携帯	—      —

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 (別紙可)			
部 位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (膵・胆・肝・腎) <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 (      )		
造影剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※	妊 娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
装 着	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 植え込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 心臓再同期療法装置 <input type="checkbox"/> その他 (      )      )		
体 重	kg		

※造影剤ありの場合

検査半年以内のeGFR値 (      ml/min/1.73m <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