

CT検査 共同利用申込書 兼 診療情報提供書

FAX 0258-28-9060

長岡赤十字病院 病診連携室 宛

TEL : 0258-28-3600 (代表)

受付時間 : 平日8:30~16:30 (FAXは24時間受信可)

※上記時間外の受信は翌診療日以降の返信となります。

※受取り後に内容を確認する場合があります。
電話対応が可能な時間帯にお申込下さい。

紹介元 令和 年 月 日

医療機関名

診療科

医師名

TEL

FAX

担当者

●患者情報

フリガナ 氏名			性 別	当院受診歴	
			男 ・ 女	有 ID番号	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳		無		
※外国人の場合 国 籍		母国語		使用言語	
住 所	〒		電話番号 (日中の連絡先)		
			— —		
検査希望日	第1希望 年 月 日 () ◎希望に添えない場合は最短日でご案内いたします。 第2希望 年 月 日 () ☐ いつでもよい その他 ()				
臨床診断 検査目的 (別紙可)					
部 位	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 (膵・胆・肝・腎) ☐ 骨盤 ☐ その他 ()				
造影剤	☐ なし ☐ あり※1		妊娠	☐ なし ☐ あり	体重 kg
装 着	☐ なし ☐ あり ☐ 心臓ペースメーカー ☐ その他 () ※植え込み型除細動器(ICD)、心臓再同期療法装置(CRT)装着の方のCT検査はできません。				

※1 造影剤ありの場合記載ください

※日赤記載欄

検査半年以内のeGFR値 (ml/min/1.73m²)

食事 可 ・ 否

【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eGFR値45(mL/min/1.73m²)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。

2025/8

予約日時を確定し、「検査予約票」をFAXいたします。内容をご確認のうえ患者さんにお渡しください。