

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 □植え込み型除細動器 (ICD) □心臓再同期療法装置 (CRT) □その他 ( )				

※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/1.73m<sup>2</sup>)

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/1.73m<sup>2</sup>)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。

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下さい。

2024/10