

CT・MRI・核医学検査依頼書 兼 診療情報提供書

太枠の中についてご記入ください

連絡先 JA新潟厚生連 小千谷総合病院
患者サポートセンター

申込日	20	年	月	日	
検査日	20	年	月	日	時 分

TEL 0258-81-1616 (直通)

FAX 0258-81-1602

依頼元 医療機関名 _____ 依頼元 医師名 _____ TEL _____	本人・家族 FAX _____
---	--------------------------------

患者基本情報

フリガナ	-----				被保険者氏名	本人・家族						
氏名 (性別)					男・女	保険者番号						
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	(歳)	記号・番号	.					
住所					負担割合	1割・2割・3割						
電話番号 (自宅・携帯・職場)	- - - - -					公費 負担者番号						
受診歴	ID	旧 魚沼病院 ID				受給者番号						/
						保険適用外	交通事故・労災・生活保護・その他 ()					

診療情報

病名・臨床経過・検査目的等

依頼内容 (○で囲んでください)

検査種別	CT ・ MRI ・ 核医学検査					核医学検査をご依頼の場合は検査名をご記入下さい 検査名 (シンチグラフィ)						
検査部位	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部 ・ 脊椎 ・ 四肢 ・ その他 ()											
	具体的な検査指示・部位・範囲等											
単純/造影	単純 ・ 造影※ ・ 単純+造影※					※造影検査をご依頼の場合、Cre 値または eGFR 値が記載された本人および医師署名のある同意書が必要です						
読影診断	要 ・ 不要		過去画像比較※		要 ・ 不要		※過去画像が無いなどの理由で比較読影ができない場合がございます 前回検査日 (20 年 月 日)					
お届け方法	当日、画像データのみを患者様にお渡し ・ 後日、画像データと読影結果を併せてお届け											

- 本状は FAX 送信後、患者様にお渡しいただき持参いただくようご案内願います
- 依頼元で控が必要な場合、複写をお願いいたします