

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	_____
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)	_____	保険者番号	_____
生年月日	T・S・H・R 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 <small>核医学検査をご依頼の場合は検査名をご記入下さい</small> 検査名 (_____ シンチグラフィー)		
検査部位	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部 ・ 脊椎 ・ 四肢 ・ その他 (_____) <small>具体的な検査指示・部位・範囲等</small>		
単純/造影	単純 ・ 造影※ ・ 単純+造影※ <small>※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</small>		
読影診断	要 ・ 不要	過去画像比較※	要 ・ 不要 <small>※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</small> 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