

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)	男・女		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		受給者番号				
CT検査 のご注意	ペースメーカー以外の体内装置等 なし・あり 除細動機能を持つ装置 (ICD等)、各種神経刺激装置、持続血糖測定器、インスリンポンプ など <input type="checkbox"/> ありの場合 撮影部位、装置により検査できない場合があります。 [お問い合わせは 当院放射線科まで 0258-81-1600]						

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ことがあります 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