

## CT・MRI 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	/
		保険適用外	交通事故・労災・生活保護・その他 ( )
<b>CT 検査 のご注意</b>	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		
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ことがあります                  前回検査日 ( 20 年 月 日 )</small>
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