

柏崎総合医療センター 放射線科共同利用(CT・MRI)申込書 兼 診療情報提供書

患者サポート室
TEL 0257-23-2165(代表)
FAX 0257-21-5520(直通)

医院・診療所
病院・クリニック

医師名

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
氏名	旧姓() 男 女	年 月 日	歳
住所	〒	電話	() -

検査予約月日・時間	年 月 日(曜日)	時 分
-----------	-----------	-----

* 保険証及び公費等医療証をFAXしていただければ保険情報の記入は不要です

保険者番号		医療証負担者番号	
保険証記号・番号		医療証受給者番号	
被保険者区分	本人・家族	負担割合	割

* 必ずご記入ください

臨床診断・検査目的		
<table border="1"> <tr> <td>体重</td> <td>kg</td> </tr> </table>	体重	kg
体重	kg	

<input type="checkbox"/> CT検査	<input checked="" type="checkbox"/> 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 造影剤の使用 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純/造影 <input type="checkbox"/> 一任(造影剤の使用を当院医師に一任) <input checked="" type="checkbox"/> * 血清クレアチニン値 mg/dl(測定日 年 月 日)・未検査 チェックリスト <input checked="" type="checkbox"/> 喘息 有(治療中/既往あり)・無 <input type="checkbox"/> 過去のヨード造影剤による副作用(有・無) <input type="checkbox"/> アレルギー 有()・無 <input type="checkbox"/> 妊娠(有・無)
-------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> MRI検査	<input checked="" type="checkbox"/> 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 頸・胸・腰椎() <input type="checkbox"/> 関節(関節) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 造影剤の使用 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純/造影 <input type="checkbox"/> 一任 <input checked="" type="checkbox"/> * 血清クレアチニン値 mg/dl(測定日 年 月 日)・未検査 チェックリスト <input checked="" type="checkbox"/> 喘息 有(治療中/既往あり)・無 <input type="checkbox"/> 過去のGd造影剤による副作用(有・無) <input type="checkbox"/> アレルギー 有()・無 <input type="checkbox"/> ペースメーカー装着(有・無) <input type="checkbox"/> 人工心臓弁(有・無) <input type="checkbox"/> 手術クリップ(有・無) <input type="checkbox"/> 人工関節、骨頭(有・無) <input type="checkbox"/> 手術歴 有()・無 <input type="checkbox"/> 妊娠(有・無) <input type="checkbox"/> 入れ墨(有・無) <input type="checkbox"/> その他()
--------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* 造影の際は3ヶ月以内の血清クレアチニン値をご記入ください。
* 結果は、3日以内位に診断して紹介元医療機関にお届けいたします。