紹介状（医療機器共同利用申込書）造影CT 専用

様式 3 2020年5月版

年　　月　　日

名古屋第二赤十字病院

患者支援センター 地域医療連携室 宛

TEL052－832－1121（代表） FAX052－832－5389

受付時間:当院診療日(月～金)の 8：30~19：00

ＦＡＸ送信先０５２－８３２－５３８９

下記の患者さまについて、医療機器の共同利用を申し込みます。なお、
検査時に患者さまに対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

※共同利用の造影 CT は 20 歳以上の成人を対象としています。

《 紹介元情報の記入をお願いします 》

〒

住所

施設名

医師名

〈ＴＥＬ　　－　　－　　〉

〈ＦＡＸ　　－　　－　　〉

登録医番号

八事日赤の診察券番号

フリガナ			M・T・S・H・R （西暦） 年　月　日（満　才）
氏　名			旧姓　（　　） ※当院最終受診後、改姓された方は必須

男 女

現住所	（〒　　－　　）郵便番号は必ず記入してください
電話番号	－　　－
緊急連絡先	**必須**　　－　　－　　続柄（　　）

《保険記入欄》保険証・医療証のコピーを FAX していただいても結構です。※労災・交通事故・生活保護（該当の方は〇をつけてください。）

保険者番号		公費負担区分	乳・障・母・福・その他（　　）
記号番号/被保険者番号		公費負担者番号	
被保険者（本人・家族）	負担割合（　　割）	受給者番号	

検査部位	□頭部 □頸部 □胸部 □腹部 □骨盤部 □その他（　　）※血管系 3D-CT はできません
現病歴 検査目的	
問診票	1. 今までヨード造影剤で副作用（過敏症）がありましたか　（はい・ いいえ ・はじめて） 2. 気管支喘息やアレルギー体質はありますか　（喘息・ アレルギー体質 ・いいえ） 3. 重い（甲状腺疾患、腎障害、心疾患、肝障害）がありますか　（はい ・ いいえ） 4. ペースメーカーが入っていますか　（はい ・ いいえ） 5. 妊娠中ですか又はその可能性がありますか　（はい ・ いいえ） 6. 糖尿病で血糖降下剤を服用していますか　（はい ・ いいえ） 服用されている方は、薬品名を記入して下さい（　　） ＊造影剤の副作用既往などによっては造影検査を施行できない場合があります。 **＊ビグアナイド系糖尿病薬を内服されている場合は、検査当日の朝から内服を中止してご来院ください。**
腎機能	採血日（　　）直近（１年以内）の検査結果を添付ください。値によっては、造影できません。 血清クレアチニンmg/dl（　　）eGFR（わかればご記入ください）（　　）
基本情報	身長　（　　cm）　体重　（　　kg） 造影剤量を決定するためご記入下さい。尚、血管の細い方では造影検査ができないことがあります。
指針（診療用放射線の安全利用）に従い、検査の必要性を説明しましたか（必須）	**□ 説明した** ※説明実施後、左記にレ点を付してください
検査希望日	（日時の仮おさえがある場合も、こちらにご記載ください）

※血液検査（血清クレアチニン値）の結果を、別途FAXにてご送信くださいますようお願いします。

※予約受付後ご案内の用紙を FAX にて返信しますので、内容をご確認の上、患者さまにお渡しください。

検査日・検査時間 （八事日赤記入欄）	年　月　日（　）　：	