

# 紹介状(医療機器共同利用申込書)造影CT専用

様式3 2025年 1月版

日本赤十字社愛知医療センター  
名古屋第二病院  
患者支援センター 地域医療連携室 宛

**FAX送信先052-832-5389**

TEL052-832-1121(代表) 受付時間: 平日8:30~19:00

下記の患者様について、医療機器の共同利用を申し込みます。なお、検査時に患者様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18歳以上の成人を対象としています。**

八事日赤の診察券番号(分かればご記入ください)

《紹介元情報》 ※登録医施設に限らせていただきます

〒  
住所

施設名

医師名

〈TEL — — 〉

〈FAX — — 〉

登録医番号

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		旧姓( )	
生年月日	T・S・H・R(西暦) 年 月 日(満 才)	※旧姓のある方はご記入ください	
現住所	(〒 - )※郵便番号も記入ください		
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FAX可

※労災・交通事故・生活保護(該当の方は○をつけてください)

保険者番号							
記号番号/被保険者番号							
被保険者(本人・家族)	負担割合( 割)						

公費負担区分	乳・障・母・福・その他( )
公費負担者番号	
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

- 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)
- 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)
- 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)
- ペースメーカーが入っていますか (はい・いいえ)
- 妊娠中ですか またはその可能性がありますか (はい・いいえ)
- 糖尿病で血糖降下剤を服用していますか (はい・いいえ)

服用している方は、薬品名を記入してください( )

※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服用している場合は、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( ) 血清クレアチニンmg/dl( ) eGFR( )

**※直近(1年以内)の血液検査(血清クレアチニン値を含む)結果を、別途FAXで送信ください。値によっては施行できません。**

基本情報

身長( cm) 体重( kg)

造影剤量を決定するためご記入ください。なお血管の細い方では造影検査を施行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 年 月 日( ) (日時の仮押さえがある場合も、こちらにご記入ください)

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

(八事日赤記入欄)	年 月 日( ) :	
受診日・受診時間		