旭川赤十字病院 共同利用申込書（FAX専用）
CT・RI・超音波・生理機能検査

申込年月日　　年　　月　　日

〒070-8530
旭川市曙１条１丁目１番１号
地域医療連携室　宛
ＦＡＸ：0166-22-8287（直通）
ＴＥＬ：0166-22-8133（直通）
〈受付時間〉 8：30～16：30
〈休 診 日〉**土日・祝日**
12月29日～1月3日
5月1日（開院記念日）

紹介元

住　所：　〒
医療機関名：
主 治 医 ：
ＴＥＬ：　　ＦＡＸ：
担 当 者 ：

患者情報　※患者番号がわかる場合は番号と患者氏名のみ記入で構いません。

旭川赤十字病院　受診歴	あり　患者番号（　　-　　）・　なし・不明				
フリガナ 患者氏名	様　男 女	生年月日	大・昭 平・令	年　月　日（　歳）	
住所	〒		電話番号	ー　ー	

該当箇所にご記入をお願いします。

傷病名			
依頼目的			
希望日時	第1希望　月　日　時頃	第2希望　月　日　時頃	希望なし
直近1か月の他院受診歴	外来受診：無・有（医療機関名：　受診日：　月　日） 入　院：無・有（医療機関名：　入院期間：　月　日～　月　日）		

該当箇所に〇をつけてください。

読影	要　・　不要	
造影	無・有	1.造影検査の場合はCT用の「造影検査同意書(ﾁｪｯｸﾘｽﾄ)」と「造影検査説明書」も併せてFAX願います。 2.有の場合は下記①～③のチェック願います。 ①腎機能障害　：　無　（BUN値：　Cr値：　）・有 ②CT造影剤、ヨード過敏症　：　無・有　③重篤な甲状腺疾患　：　無・有

希望の検査項目・部位に〇をつけてください。

検査項目	検査部位
CT	頭部　頚部　胸部　胸腹部(胸～骨盤)　腹部(肝～骨盤)　その他(　)
RI	骨シンチ(体重：　）ガリウムシンチ(体重：　）　脳血流SPECT DATスキャン　甲状腺Tcシンチ　その他（　）
超音波	頚部　腹部（部位：　）
生理機能検査	脳波　肺機能検査　生理機能検査は、検査結果のみとなります。

2021.6