

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

〒070-8530

申込年月日 年 月 日

旭川市曙1条1丁目1番1号

紹介元

地域医療連携室 宛

F A X : 0166-22-8287（直通）

T E L : 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）

住 所： 〒

医療機関名：

主 治 医：

T E L：

F A X：

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	— —		

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

希望の検査項目・部位に○をつけてください。

放射線科医による読影対応の検査

放射線科医による読影レポートは必要ですか？	要 ・ 不要
-----------------------	--------

検査項目	検査部位	
CT	頭部 頸部 胸部 胸腹部(胸～骨盤) 腹部(肝～骨盤) その他(	
	造 影	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。
	無 ・ 有	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
RI	骨シンチ(体重:) ガリウムシンチ(体重:) 甲状腺Tcシンチ	

検査結果のみ郵送となる検査

検査項目	検査部位	
RI	脳血流SPECT DATスキャン その他 ()	
超音波	頸部 腹部 (部位:) 担当技師のレポートが同封されます。	
生理機能検査	脳波 肺機能検査 生理機能検査	