

## 2. 画像診断オープンシステムMRI 検査用FAX紹介状

FAX：0857-39-0531

〒680-8517

鳥取市尚徳町117番地

鳥取赤十字病院

放射線科 外来担当医

記載日： 年 月 日

紹介医療機関

所在地

名称

TEL

FAX

医師名

印

フリガナ		男・女	明・大・昭・平
患者氏名			年 月 日生( 歳)
住 所	〒 —	TEL	— —
受診予定日時	年 月 日 ( )	午前・午後	時 分
検査部位		造影剤の有無	単純のみ 単純・造影の併用 造影のみ
傷 病 名			
紹介目的（既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考）			
<p><b>【主治医の先生へ】</b> 以下の事項を必ずご確認のうえ、ご記入お願いいたします。                  ご不明な点は予約の際、放射線技師にお問い合わせください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ペースメーカーの有無 <span style="float: right;">[なし・あり]</span></li> <li>・体内金属の有無 <span style="float: right;">[なし・あり]</span></li> </ul> <p style="margin-left: 20px;">*ありの場合は内容を記載下さい。</p> <p style="margin-left: 40px;">脳動脈瘤クリップ・ステント・コイル・フィルター・神経刺激装置・その他 ( )</p> <p style="margin-left: 20px;">磁気体か否かについて： _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・眼窩内金属異物の有無 <span style="float: right;">[なし・あり]</span></li> <li>・閉所恐怖の有無 <span style="float: right;">[なし・あり]</span></li> <li>・妊娠の有無 <span style="float: right;">[なし・あり]</span></li> </ul>			