

# 1. 画像診断オープンシステムCT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 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	明・大・昭・平・令
患者氏名		女	年 月 日生( 歳)
住所	〒 -	TEL	- -
受診予定日時	年 月 日 ( )	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)

1. 埋め込み型心臓ペースメーカー又は埋め込み型除細動器装着 ( 有 ・ 無 )
2. 上記(有)で頸部又は胸部の検査を実施希望の方は、以下表に記載頂きますようお願い致します。

ペースメーカー情報	
施術日	
施術病院	
メーカー名	