

## 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 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・令  年 月 日生( 歳)
患者氏名			
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)

【主治医の先生へ】 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。

・ペースメーカーの有無 [なし・あり]

・体内金属の有無 [なし・あり]

\*ありの場合は内容を記載下さい。

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・血糖測定針・磁石付き尿バック  
歯科矯正器具・人工内耳・タトゥー・その他 ( )

磁性体か否かについて： \_\_\_\_\_

・眼窩内金属異物の有無 [なし・あり]

・閉所恐怖の有無 [なし・あり]

・妊娠の有無 [なし・あり]