**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　　　　　　　　　　　　　　　　記載日：　　　　年　　　　月　　　　日

　　放射線科　　担当医　　　　　　　　　　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－・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〕 | | | | | |

2023(R5)11