**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　　　　　　　　　　　　　　　　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） | | | | | | | | |
| **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）で頚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 |  | | | | |

2023(R5)11