

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		・	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)											
<p>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)</p> <p>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。</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">ペースメーカー情報</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>施術日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>施術病院</td> <td></td> </tr> <tr> <td>メーカー名</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				ペースメーカー情報		施術日		施術病院		メーカー名	
ペースメーカー情報											
施術日											
施術病院											
メーカー名											