

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			
患者氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳)
住 所	〒 TEL ー ー		
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 ()・鼠径ヘルニア術後 MRI 検査対応のものか：_____ (不明なものは施術施設にご確認をお願いいたします。) ・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]			