

依 頼 書

北見赤十字病院
科 宛

北見赤十字病院 地域医療連携室
FAX 0120-018-599(直通)
TEL 0120-018-299(直通)

当院にてMRI撮影を検討しています。貴院での手術内容と埋め込み金属の情報、MRI撮影の可否について、ご回答をお願い致します。

太枠内を全て記入してFAXして下さい。

患 者 情 報	
患者氏名 :	様 (男・女)
生年月日 :	明・大・昭・平・令 年 月 日
現住所 :	
MRI撮影予定日 :	年 月 日
MRI撮影部位 :	
手術部位 :	
お問い合わせ日	年 月 日
医療機関名	()
所在地	
電話 ()	-
FAX ()	-
依頼科	
依頼医師名	

F A X 送 信 票	
送信日 :	年 月 日
	北見赤十字病院 (担当)
件名 :	金属埋め込み患者様のMRI撮影について(回答)
金属埋め込み手術日 :	年 月 日
金属埋め込み術式 :	
埋め込み金属の情報(型番等) :	
MRI撮影の可否 :	()金属はMRI(1.5T)に対応している ()金属はMRI(1.5T、3.0T)に対応している ()金属はMRIに対応していない