

*FAX送付後、当日医事課初診窓口に提出してください。

MRI 問診票

ふりがな

氏名 _____ 様

生年月日 (明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令)

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

*** 依頼医師が確認の上
記入して下さい**

性別 【 男 ・ 女 】

身長 _____ cm

体重 _____ kg

- 1) 体内金属 有 / 無
【ペースメーカー】 【脳動脈クリップ】
【血管内コイル ステント】 【人工弁】 【人工関節】
【その他 _____】
- 2) 手術の既往歴 有 / 無
【手術内容 _____】
- 3) 感染症 有 / 無
【 _____】
- 4) 妊娠中 又は その可能性 有 / 無
- 5) 閉所恐怖症 又は その可能性 有 / 無

医療機関名

所在地・電話番号

問診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師氏名 _____

医師 確認欄	裾野赤十字病院 (署名) 内・整形外科
-----------	------------------------