

年 月 日

千003-0804 札幌市白石区菊水4条2丁目3-54

依頼医療機関

北海道がんセンター
地域医療連携室 宛

← 所在地

名称

FAX:011-811-9110 TEL:011-811-9117

TEL () FAX ()

受付時間：平日9：00～16：30

16:30以降のお申込みは翌日対応となります。

フリガナ	生年月日	(明・大・昭・平成)	年	月	日	(歳)
患者様氏名	様 男・女	住 所				
		電話 ()				

[illegible]

連携医問診表(MRIの場合は必ずチェックをお願いします)					
1. MRI検査歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(年頃)	5. 仰臥位保持(約30分)	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
2. 脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> MRI対応)	6. カラーコンタクト	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
3. 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	7. 磁気インプラント、義眼等	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
4. 体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> MRI対応)	8. その他()		

[illegible]

※ 検査日時は、地域医療連携室より予約票にてご案内いたします。

※ 検査内容についてのお問い合わせは、直接、診療放射線科 担当主任までお願いします。

電話 011-811-9111 または ●CT検査室(内線7459) ●MRI検査室(内線7459)●PET室(内線7164)