

紹介状(MRI 検査用) 問診票

FAX 番号 026-217-8125

宛先 矢彦沢内科・脳神経クリニック 矢彦沢裕之
電話番号 026-217-8153 住所 〒381-0025 長野市北長池 1998-1

医療機関名 _____

ご担当医 _____

患者さま情報

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
住所 _____ 電話番号(携帯) _____

紹介状 (検査目的)

検査希望部位

脳 頸椎 胸椎 腰椎 その他 _____

問診票 (患者さまにお伺いください)

- 1) 体内に電子機器や金属類が入っていませんか 無 有
(ペースメーカー等を挿入されている方は検査できませんので、ご注意ください)
- 2) 入れ墨、アートメイク、カラーコンタクトレンズ等はありませんか 無 有
- 3) 閉所恐怖症ですか いいえ はい
- 4) 女性の方で現在妊娠または妊娠の可能性がありますか 無 有

FAX 送信後、クリニックにお電話で一報いただきますようお願いいたします 026-217-8153