

〈別紙1〉

## 体内金属情報提供依頼書

ご多忙のところ、大変恐縮ですがご協力頂けると幸いです。

下記の患者様は佐々総合病院にてMRI検査（1.5テスラ）を予定しています。

当院の間診で貴院において\_\_\_\_\_を

されたとのことで、その際の情報提供をお願いいたします。

\_\_\_\_\_様 生年月日 \_\_\_\_\_

検査種・部位 \_\_\_\_\_ 検査予定日 \_\_\_\_\_

ご記入欄

	挿入物品	MRI対応	条件付き	非対応
1)				
2)				
3)				

MRI検査が条件付き対応製品の場合は撮影の条件などをご記入ください。

\*製品の添付文書が日本語の場合は原本、コピー添付も可能です。

---

---

---

---

---

---

---

ご施設名

ご担当者様

〒188-0011 東京都西東京市田無町4-24-15  
医療法人社団 時正会  
佐々総合病院 地域医療連携室 042-461-1535（代表）

FAX 042-461-5799