

依頼日： 年 月 日

## MRI・MRA 検査申込 FAX

FAX : 052-951-1207

名古屋医療センター  
地域医療連携室 行※受付時間 8時30分～17時00分  
予約取得に15分～30分程かかります。

※患者さんの登録を行いますので、各種医療証に記載のある氏名・フリガナを正確にご記入いただくようお願い致します。

フリガナ			男 ・ 女	生 年 月 日									
患者氏名	様			年	月	日							
住所・TEL	〒 ( ) -												
当院受診歴	有・無	( ) 科	当院 ID										
保険者番号							公費負担者番号						
記号・番号				受給者番号									
被保険者氏名				後期高齢者	1割・3割・福祉								
受診希望日 ※検査実施日時 月・火 12:00 水 16:00 (第3水曜日除く)	① 年 月 日 ( )			高齢受給者	2割・3割								
	② 年 月 日 ( )												
	③ 希望なし			乳・障・母・傷									
検査部位 (単純撮影のみ)	ご希望の検査部位にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部 MRA <input type="checkbox"/> 頭頸部 MRA <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 股関節部 <input type="checkbox"/> 右膝関節部 <input type="checkbox"/> 左膝関節部 <input type="checkbox"/> 右肩関節部 <input type="checkbox"/> 左肩関節部 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※具体的な部位を記載下さい。 2箇所以上の撮影をご希望の場合、同日対応ができない場合もございますので予めご了承下さい。												
確認事項	① 妊娠の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ② 体内金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ③ パースメーカー・ICD <input type="checkbox"/> 有※ <input type="checkbox"/> 無 ④ その他 (特記事項があればご記入下さい)												
	※別紙チェックリストを確認の上、該当する項目にチェックをお願いします。 ※ペースメーカー・ICD 留置中の方のMRI撮影のみご予約は承っておりません。(循環器内科を受診下さい) また、人工関節等留置の方は、撮影困難な場合がありますので、申込前に連携室へ問い合わせ下さい。												

※「診療情報提供書」を一緒に添付してください。

受診時、紹介状の原本をご持参下さい。

紹介医

所在地

医院・病院・クリニック

TEL ( ) -

FAX ( ) -