

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

※受付時間 8時30分～19時00分

地域医療連携室 行

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)	MRA ・ MRI (○をお付け下さい)					
	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"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input checked="" type="checkbox"/> 脊椎 (<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 checked="" type="checkbox"/> 四肢 (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> その他 () ※「その他」を選択の場合は、お手数ですが下の紹介目的の欄に詳細をご記入下さい。 また、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 ※内容をご確認の上、該当する項目にチェックをお願いします	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 P-スーマー <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)					
紹介目的	※ペースメーカー、ICD留置中の方のMRI撮影のみの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。					
	※紹介目的を記入されない場合は、「診療情報提供書」を添付してください。 また、事前準備のため「診療情報提供書」作成次第 FAX をお願い致します。					

※データ形式はCDのみです。

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 () -