（様式 3-1）

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～17 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 | 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。  □頭部　□頭部MRA　□頭頚部MRA　□頚椎　□胸椎　□腰椎　□胸部　□腹部  □骨盤部　□股関節部　□右膝関節部　□左膝関節部　□右肩関節部　□左肩関節部  □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 □有 □無　② 体内金属 □有 □無　③ アートメイク(刺青)　□有※ □無  ④ ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ・ICD　□有※ □無  ⑤ 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※「診療情報提供書」を一緒に添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 紹介医 |  |  |
| 所在地 |  |  |
|  |  | 医院・病院・クリニック |
| TEL（ | ） | － |
| FAX（ | ） | － |

受診時、紹介状の原本とＭＲＩ同意書をご持参下さい。