

# 名古屋市立大学病院 MR (1.5T) 検査 予約申込票

FAX : 052-858-7130 TEL : 052-858-7131  
 お申し込み受付時間： 平日 8:30~19:00 土曜日：8:30~12:30

令和 年 月 日

紹介元医療機関名  
 所在地  
 担当医  
 電話番号  
 休診時連絡先  
 FAX 番号

予約日の日程調整は、名市大が  
 患者さんを行う  
 医療機関を行う  
 いずれかに✓をお願いします

**当書類と「MR検査 事前問診票」(別紙)を併せて地域医療連携センター事務室に送信してください。**

**注意点**

- 単純検査のみ実施いたします。(造影検査は実施いたしません。)
- 12歳以下のお子様についての申し込みはお受けできません。
- MRCPは、検査の予約が午前なら朝食から、午後なら昼食から絶飲食となります。絶飲食せずに来院された場合は検査を受けることが出来ない場合があります。
- 撮影の種類及び方法につきましては、当院ホームページ上に掲載しているものに限らせていただきます。また、予約後の追加や変更はお受けできません。  
 (掲載ページアドレス：<https://w3hosp.med.nagoya-cu.ac.jp/media/mri-kensa-yoyaku.pdf>)

<b>1. 検査部位：</b> <input type="checkbox"/> 全脳+MRA <input type="checkbox"/> 小脳橋角部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓(右・左・両) <input type="checkbox"/> 前立腺  <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 肩関節(右・左) <input type="checkbox"/> 股関節(右・左・両) <input type="checkbox"/> 膝関節(右・左)  <input type="checkbox"/> 骨盤部(子宮) <input type="checkbox"/> MRCP	
<b>2. 傷病名：</b> ( )	
<b>3. 検査結果の提供方法：</b> 検査日から3~5日程度で、読影レポートと結果画像(CD-R)を紹介元医療機関へ郵送します。 結果画像(CD-R)が不要なときは✓してください。 ➡ <input type="checkbox"/> 結果画像(CD-R)は送付不要	
診療希望日時 (ご希望の時間にO)	第1希望：令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 第2希望：令和 年 月 日 ( ) 午前・午後
患 者 さ ん	氏名等 フリガナ ( ) 貴院のID ( ) 氏 名： 様(旧姓： ) 性別 男・女
	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 ( 歳)
	電話 (日中に必ず連絡がつく番号を記入してください) 自宅 - - 携帯 - -
	住所 〒 -
	外国籍の方 日本の公的医療保険： <input type="checkbox"/> 加入    未加入の方は医療ツーリズムを通してご受診ください 日本語： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
貴院に <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中    当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり (ID No. ) <input type="checkbox"/> なし	

\*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

ID No. )	予約登録	予約票送付	紹介患者登録・アクセス権
----------	------	-------	--------------

# 名古屋市立大学病院 MR (1.5T) 検査 事前問診票

令和 年 月 日

MR検査を安全に行うため、対象患者さんに関する下記の事項をご確認ください。  
また、当書類と「MR検査 予約申込票」(別紙)を併せて地域医療連携センター事務室にFAXで送信してください。

患者氏名： \_\_\_\_\_ 様

医療機関名： \_\_\_\_\_

担当医名： \_\_\_\_\_

○下記条件を満たしている場合は☑を入れてください。

1.  心臓ペースメーカー (条件付MRI対応ペースメーカー含む) をつけていない。
2.  心臓の人工弁、圧可変式バルブVPシャントチューブをつけていない。
3.  人工内耳が入っていない。
4.  人工関節、骨折接合金属が入っていない。
5.  体内に金属が入っていない。  
(金属片、ステント、義眼、脳動脈瘤、内視鏡の止血等のクリップ等)
6.  体外に検査時に取り外せない医療器具を取り付けていない。(検査時に外せる器具は可)  
(リブレセンサー、DIB キャップ等)
7.  磁石を使った入れ歯やインプラント、歯科矯正器具を使用していない。
8.  妊娠していない。
9.  閉所恐怖症ではない。
10.  カラーコンタクトレンズ・補聴器を使用していない。(検査時に外していただきます。)

また、下記2点について患者さん等にお伝えいただき、了承を得てください。

→了承を得たら、こちらに☑を入れてください。 -

- ・担当医が実施可能と判断されても、当院での問診の結果、検査を中止する場合があります。
- ・検査を受けることにより、患者さんが発熱することや神経刺激を受ける場合があります。

## ※注意点

- 1～3、8、9、10の全てに☑が入らない場合は、原則申し込みをお受けできません。  
○4～7のいずれかに☑が入らない場合でも、検査の実施が可能であると担当医が判断される場合は、その理由を下記枠内にご記載ください。

(記載例：体内に金属が入っているが、MR検査を実施できる素材であるため。)

## 【お申し込み・お問い合わせ先】

地域医療連携センター事務室 FAX：052(858)7130

TEL：052(858)7131

受付時間：平日8:30～19:00 土曜日8:30～12:30

(祝日、年末年始(12月29日～1月3日)を除く)