

名古屋市立大学医学部附属 みどり市民病院

造影 MR(1.5T)検査予約申込票

(共同利用)

地域医療連携センター行  052-892-1315  052-892-1334

申込み受付時間 平日 8:45~17:00 土曜日 9:00~13:00

申込日 令和 年 月 日

医療機関名	
所在地	〒
担当医	
電話番号	- -
FAX 番号	- -

注意点

- 当院休診日前日は、検査をお受けできません。
- 12 歳以下の方の MR 検査はお受けできません。
- 造影 MR 検査は午後のみとなります。
- 当書類と「造影 MR 検査 事前問診票」、「造影 MR 検査 説明書」、「MR(造影)検査のご案内」、「3 か月以内の血液検査結果」を併せて地域医療連携センターに送信してください。

1. 検査部位	☐ 脳 ☐ 下垂体 ☐ 内耳 ☐ 副鼻腔 ☐ 頸部 ☐ 乳房 (左 ・ 右)	☐ 肝臓 EOB ☐ 脾臓 ☐ 腎臓 ☐ 膀胱 ☐ 前立腺 ☐ 子宮	☐ 卵巣
* 診療情報提供書が別途必要です。検査当日にご持参ください。 * 検査部位の✓は1箇所のみとなります。			
2. 結果の提供方法	☐ CD-R ☐ 結果画像の送付は不要		
* 5~7 日程度で読影レポートと結果画像(CD-R)を申込み医療機関へ郵送します。			

希望日時	第 1 希望	令和 年 月 日 午後
	第 2 希望	令和 年 月 日 午後

造影MR検査は午後のみとなります
予約の空き状況により希望に添えない場合がございます
あらかじめご了承ください

※金曜及び祝前日の造影 MR 検査は対応しておりません。

フリガナ 患者氏名		男 女	生年 月日	大 昭 年 月 日 平 令 (歳)
住所	〒 -	TEL	日中に必ず連絡がつく番号をご記入ください	
			自宅 - - 携帯 - -	
受診状況	貴院には	☐ 通院中 ☐ 入院中		(貴院 ID;)
	当院には	☐ 受診歴あり (当院 ID;) ☐ 受診歴なし		