

名古屋市立大学医学部附属 みどり市民病院

単純 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

注意点

- 単純検査のみ実施します。
- 12 歳以下の方の MR 検査はお受けできません。
- MRCP は、午前検査の方は朝食、午後検査の方は昼食を絶食です。絶食せずに来院された場合、診断の精度に影響する可能性があります。
- 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に送信してください。

※肩関節、肘関節、手関節、手、膝関節、足関節は一日で左右どちらかのみの撮影になります。

医療機関名	
所在地	〒
担当医	
電話番号	- -
FAX 番号	- -

1. 検査部位	☐ 全脳+MRA(□VSRAD) ☐ 前立腺 ☐ 肩関節(右・左)※ ☐ 小脳橋角部 ☐ 骨盤部(子宮) ☐ 肘関節(右・左・両)※ ☐ 副鼻腔 ☐ 頸椎 ☐ 手関節(右・左)※ ☐ 肝臓 ☐ 胸椎 ☐ 手(右・左)※ ☐ MRCP ☐ 腰椎 ☐ 膝関節(右・左)※ ☐ 腎臓(右・左・両) ☐ 股関節(右・左・両) ☐ 足関節(右・左)※
2. 結果の提供方法	☐ CD-R ☐ 結果画像の送付は不要

*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。

*3~5 日程度で読影レポートと結果画像(CD-R またはフィルム)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 午前・午後
	第 2 希望	令和 年 月 日 午前・午後

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

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		