令和　　年　　月　　日

**MRI検査申込書（診療情報提供書）**

**FAX送信先：078-302-2251　地域医療連携センター**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **生年月日** | 　　　　年　　　月　　　日（　　　　才） |
| **氏名****（旧姓）** | 男・女 | **T E L** |  |
| **当院受診歴** | 有　　　　・　　　　　無 |
| **住　所** |  |
| **保険情報** | 【保険者番号】　　　　　　　　　【記号】　　　　　　　　【番号】　　　　　　　　本人・家族 |
| 【公費負担番号】　　　　　　　　　　　　【公費受給者番号】　　　　　　　　　　　【負担割合等】 |
| 【公費負担番号】　　　　　　　　　　　　【公費受給者番号】　　　　　　　　　　　【負担割合等】 |
| **検査希望日** | ①　　　　月　　　　日　　　　時頃　②　　　　月　　　　日　　　　時頃　　③いつでも可 |
| 【撮影部位】　□頭部　□頸部　□胸部　□上腹部　□下腹部　□骨盤部　□頸椎　□胸椎　　　　　　　□腰椎　□上肢（□肩　□手：右　左）　□下肢（□膝　□足：右　左）　　　　　　　□乳房　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| **来院方法**（独歩・車イス・ストレッチャー）　**感染症**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **主訴・臨床診断・検査目的等**（注意事項や撮像方法等がありましたらご記入ください）診断名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　造影：　有　　・　　無 |
| 【造影検査の方】　eGFR値（　　　　　　　　　　）またはクレアチニン値（　　　　　　㎎/㎗） |
| **MRIをお受けできない方****心臓ペースメーカー　人工内耳　体内神経刺激装置を使用されている方（MRI対応機器含む）****仰臥位・安静の困難な方　鎮静の必要な方　意識障害のある方　妊娠中の方**※ドレーン、人工骨頭・関節、プレート類、人工弁、動脈瘤クリップ、血管ステント、義肢、義眼を使用しているかたや、刺青をされている方は対応できない場合があります。 |

神戸市立医療センター

中央市民病院宛

【お問い合わせ先】

TEL：078-302-6031

医療機関名：

医師名：

住所：

電話・FAX：

　※造影検査をお申し込みの方につきましては、「造影検査（MRI）に関する同意書」もご送付いただきますようお願いいたします。