**MRI検査依頼票**

**（宛先）**

（様式９）

**名古屋市立　西部医療センター**

**（地域医療連携室）**

**FAX番号（052）991－8161**

**医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関連絡スタッフ名**

**TEL 　　　　　　　　　　　FAX 　　　　　　　　　　依頼日：令和 　　年　 月 　 日**

**ＴＥＬ　052-222-1182 　ＦＡＸ　052-222-1190　　依頼日：平成 　　年　 月　 日**

**ＴＥＬ　052-801-3955 　ＦＡＸ　052-806-8184　　 依頼日：平成 　　年　 月　 日**

**依頼機関**

**※必ず、ご記入ください**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  患者氏名  連絡先：　　　　－　　　　－ | | | 男　女 | 明治・大正・昭和・平成・令和  　　　年　　　月　　　日 | |
| 住所 | | | | | |
| 希望検査日 | 第１希望：　　　月　　　日（　　　）　ＰＭ | | | | **※造影検査は午前中のみです。** |
| 第２希望：　　　月　　　日（　　　）　ＰＭ | | | |
| **希望検査部位：○を一つ付けてください**  **（1）頭+MRA　（2）頸部MRA**  **（3）頸椎　（4）胸椎　（5）腰椎**  **（6）肝臓　（7）腎臓　（8）膀胱**  **（9）前立腺（10）子宮・卵巣**  **（11）ＭＲＣＰ（12）その他：**  **（13）インプラントの為の撮影　(自費)**  ◆**関節等につきましては、その他に○を付け、左の空欄に記載してください。** | | **（撮影部位・注意事項を記載・図示してください。）**    ※ 造影検査の場合、ご記入ください。  ※必ず、ご記入ください | | | |
| **撮影方法：**単純 単純＋造影 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **①妊娠の有無：　有 ・ 無** | **②体内金属：　有 ・ 無** | **③ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ：　有 ・ 無** |

|  |  |
| --- | --- |
| **④ｸﾚｱﾁﾆﾝ**　　　　　mg/dl **eGFR**　　　　ml/min/1.73m3 **採血日** 　年 月　　 日  **(eGFR30未満は造影できません。採血日1年以上前の場合、改めて血液検査を行ってください。)** | |
| **⑤MRI造影剤ｱﾚﾙｷﾞｰ** 　無 ・ 有 ・ 不明 | **⑥喘息、腎機能不全**　　 無　・　有 |
| **⑦他のｱﾚﾙｷﾞｰ**　　無　・　　有　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

**※10歳未満の方は、小児科へご依頼ください。**

**※造影検査の場合、ご記入ください**

西部医療センター地域連携室直通　052-991-8145