

(患者様用)

MRI 検査を受けられる方

予約日時 : 月 日 () :

(1) 食事は○印の通りをお願いします。服用中のお薬は医師の指示がない限りいつも通り服用して下さい。

() 食事の制限はありません。

() 午前の検査の方は朝食を、午後からの検査の方は昼食をとらないで下さい。

検査は 30 分前後で終わりますが検査開始時刻は多少前後する場合がありますので、時間には余裕を持ってお越し下さい。

(2) 検査を受ける時の注意

① 強い磁石を使って検査しますので金属物、時計、磁気カード類は MRI 検査室に持ち込めません。

② 体内にペースメーカーや金属物のある方、また、過去に体内に金属物(医療用装置等)を植え込んだ経験のある方は必ずお知らせ下さい。

③ 妊娠している方、または、可能性のある方も必ずお知らせ下さい。

④ 尿道に管の入っている方はお申し出下さい。

⑤ 検査前に以下の物はあらかじめ取り外しておいて下さい。

*ヘアピン、クリップ、ヘアバンド等	*財布、小銭入れ、ライター、鍵等
*かつらに付いている金属	*磁気カード(キャッシュカード、定期券)
*ネックレス、ブローチ、ピアス等	*携帯電話、携帯音楽プレーヤー等
*眼鏡、補聴器、入れ歯等	*化粧品(特にマスカラ、アイシャドー)
*エレキバン、使い捨てカイロ	*その他金属物、入れ墨(相談)
*湿布、ニトログリセリン真皮浸透絆創膏(ニトロダーム)等の貼り薬	
*カラーコンタクト	*ヒートテック(衣類) *ネイルアート

(3) 尚、ご不明な点は遠慮なく MRI 室までお問い合わせ下さい。

(4) 検査予約日に来院出来ない時は、受診されている病(医)院までご連絡下さい。

検査当日は予約時間 30 分前にお越し下さい。

1. 1階 地域医療連携室にて受付登録をします。

保険証・紹介先で預かった書類をお出してください。

当院の診察券をお持ちの方はその際にお出してください。

2. 終了後 1階 放射線科受付までお越し下さい。

3. 検査室へご案内いたします。

単純MRI検査依頼伝票

依頼施設名:

検査日: 年 月 日 () :

依頼医師名:

フリガナ
氏名:
生年月日: 昭和・平成 年 月 日 (年齢: 才)
性別: 男・女 (体重: kg)

※該当する項目に○をつけて下さい。

患者状態: 歩行 車椅子 ストレッチャー
既往歴: 体内金属 有 無
内容()
※ペースメーカー挿入の患者様は対応できません。
血液感染症 有 無 不明
(B型肝炎・C型肝炎・HIVなど)

検査部位

・頭部 : 脳 眼窩 下垂体 内耳
・体幹部 : 縦隔 乳腺(右・左)
腹部 肝・胆・膵・腎・その他()
・骨盤部 : 子宮・卵巣 前立腺 精巣・陰茎
・脊椎 : 頸椎 胸椎 腰椎
・関節 : 肩(右・左) 膝(右・左) 両股関節
・上記以外 ()

(診療情報提供書に記入していただければこの欄は空白で結構です)
臨床診断と検査目的:

最近の画像データ(フィルム・CD)返却の有無: 有 無

お問い合わせ: JCHO埼玉メディカルセンター

TEL 048-832-4951(放射線科 内線1150)

改定: 2017.8.15