

MRI 検査予約票

患者様情報

ご紹介施設情報

フリガナ

施設名

氏名

生年月日 明・大・昭
・平・令 年 月 日 (才)

紹介医師名

性別 男 女 その他

検査予定日時

令和 年 月 日 (曜日) :

造影剤の使用 有 ・ 無

食事絶食の有無 なし ・ 検査予約時間の4時間前から絶食

- 検査は予約制になっておりますので、**当日は予約時間の30分前に新館で受付を済ませ、放射線科窓口へ MRI 検査予約票(この用紙) をお出しください。**
- 予定日時に検査が受けられなくなった場合は、受診された医療機関へご連絡ください。
- 別紙お渡しした**検査問診票**は記入して、造影検査をされる方は**問診と同意書**にも記入していただき**検査当日に恵生会病院へお持ちください。**
検査当日までに **造影剤使用時の注意事項** に目を通しておくようお願いいたします。

正確なよい診断を得るために、次の指示を守ってください。

- 検査は痛みを伴いませんが、大きな音がしたり身体を動かさないなどの制約があります。
- 検査の所用時間は30分~1時間となります。
- 心臓ペースメーカー・人工内耳・義眼の患者様は原則検査できません。
- 体内の金属物(脳クリップ、心臓人工弁、プレート、ステント、人工骨頭・関節、刺青)を有する患者様は検査を受けることができない場合がありますが、検査が必要であると判断された場合には主治医より十分な説明を受けてください。
- 金属のついた服装や金属製の装飾品(ヘアピン、ピアス、ネックレスなど)、入れ歯、補聴器、キャッシュカードなどは検査室に持ち込まないでください。
- 検査の都合により、検査開始時間が前後することがありますのでご了承ください。
- 機能的肌着(ヒートテックなど)は発熱の恐れがありますので、当日の着用は避けてください。

連絡先

医療法人恵生会

恵生会病院

放射線科

〒579-8036

大阪府東大阪市鷹殿町20番29号

TEL(072)-982-5101(代)

MRI 検査問診票

(こちらの用紙は検査当日に恵生会病院までお持ちください)

フリガナ

氏 名

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (才)

性 別 男 女 その他

MRI 検査のための質問です。わからない内容がありましたら恵生会病院までご連絡ください。

・ 今までに MRI の検査を受けたことがありますか	はい	いいえ
・ 今までに手術を受けたことがありますか (はい)と答えた方は、どのような手術かをご記入ください 年 月	はい	いいえ
・ 体内の金属についてお尋ねします		
1.心臓ペースメーカー、人工内耳、義眼を使用されていますか	はい	いいえ
2.手術や治療等で身体の中に次のような金属類が入っていますか 人工骨頭 人工関節 スtent 塞栓コイル 人工心臓弁 クランプ 手術クリップ 人工内耳 VP シヤント その他 (_____)	はい	いいえ
3.入れ歯やコンタクトはされていますか (検査前にはずしてください)	はい	いいえ
4.顔や身体にピアスがありますか (可能なら、検査前にはずしてください)	はい	いいえ
5.磁気バン (エレキバン) やカイロをされていますか (検査前にはずしてください)	はい	いいえ
6.入れ墨 (タトゥー) をされていますか (検査でやけどを起こす可能性があります)	はい	いいえ
7.目の中に金属のゴミが入ったことがありますか (未除去の場合はお知らせください)	はい	いいえ
8.補聴器はつけていますか	はい	いいえ
9.体表に添付型薬や持続血糖測定用センサー(リブレ PRO)などを貼っていますか	はい	いいえ
10.上記以外で身体に金属物をつけていますか (_____)	はい	いいえ
・ 閉所恐怖症 (狭い所にじっとしてられない) ですか	はい	いいえ
・ 女性の方にお聞きします 妊娠の可能性はありますか	はい	いいえ

ご記入いただいた項目の内容によっては、検査が行えない場合がありますのでご了承ください。

連絡先

医療法人恵生会 恵生会病院 放射線科 〒579-8036 大阪府東大阪市鷹殿町 20 番 29 号
TEL(072)-982-5101(代)