

様式 B

MRI 検査予約票

名前 _____ 様

予約日時： 年 月 日 () 時 分

_____ の MRI 検査を行います。

- ・検査前の食事制限はありません。
- ・検査前4時間は食事をしないでください。(MRCP、骨盤部の場合)
(飴、ガム等も食べないでください。飲水制限はありません。)

<< 検査を受けられる方へ >>

1. 当日は更衣をして頂く場合があります。

予約時間の10分前までに受付を済ませてください。

その際に、この予約票(本紙)と保険証を提出してください。

2. 検査状況により検査開始時間が前後する場合があります。

3. 来院できない場合や予約変更を希望される場合には、早めに主治医(当院にMRIを依頼された病院)にご連絡ください。

4. 当日予約時間に遅れた場合は、検査室が空くまでお待ち頂く場合があります。

以上、ご理解とご協力をお願いします。

くろかわ内科・健診クリニック

〒462-0044 名古屋市北区元志賀町一丁目4-1

当日連絡先 052-908-8181 (代表)

<< 注意事項 >>

1. 心臓ペースメーカーを装着されている方は検査ができません。
2. 脳動脈瘤クリップが入っている方は検査ができない場合があります。申し出てください。
3. 入れ歯や補聴器、ヘアピン・アクセサリーなどは検査前に外してください。
4. 化粧品の中には顔料として金属成分を含んでいるものがあります。

当日の化粧は控えてください。

5. カラーコンタクトは外してください。(ケース等お持ちください)
6. 入れ墨やタトゥーのある方は申し出てください。火傷や変色の可能性があります。

<< MRI 検査問診表 >>

1) 体内に以下のような医療用の金属、機器、人工物がありますか。

- | | | |
|--|-----|------|
| ・心臓ペースメーカー (MRI 対応も含めて)、埋め込み除細動器 | (はい | いいえ) |
| ・人工内耳、神経刺激装置など体内電子装置 | (はい | いいえ) |
| ・脊柱管内リード線、脊髄刺激装置 | (はい | いいえ) |
| ・脳動脈瘤クリップ (くも膜下出血の手術) | (はい | いいえ) |
| ・心臓や血管内の金属類
(リード線、コイル、ステント、フィルターなど) | (はい | いいえ) |
| ・人工心臓弁 | (はい | いいえ) |
| ・圧可変式バブルシャント (脳室シャントなど) | (はい | いいえ) |

2) 体内に外傷による金属片 (銃弾破片や鉄片など) がありますか。(はい いいえ)

3) 以下の金属類や人工的なものを身につけていれば○で囲ってください。

補聴器 義眼 義足 義手 磁石を利用した義歯 (入れ歯) コルセット
鍼 (はり) の治療針

※上記 1) ~ 3) 以外の金属、機器、人工物があればご記入してください。

()

- | | | |
|-----------------------|-----|------|
| 4) 刺青 (イレズミ) をしていますか。 | (はい | いいえ) |
| 5) カラーコンタクトを使用していますか。 | (はい | いいえ) |
| 6) 張り薬を貼っていますか。 | (はい | いいえ) |
| 7) 閉所恐怖症ですか。 | (はい | いいえ) |