

MRI 問診票

検査
予定日 月 日 () 時 分

年齢

カ ナ

氏 名

性別

生年月日

安全に検査を行うために以下の質問にお答え下さい。

- (1) これまでに脳動脈瘤手術の既往がありますか。 [はい・いいえ]
- (2) その他の手術の既往がありますか。 [はい・いいえ]
(年 手術名)
- (3) 体内外に金属物を持っていますか。 [はい・いいえ]
(種類:)
- (4) 心臓ペースメーカーを使用していますか。 [はい・いいえ]
- (5) 尿道カテーテルを挿入していますか。 [はい・いいえ]
- (6) 現在妊娠していますか。 [はい・いいえ]

年 月 日 署名:

確認者(医師または看護師):

MRI 検査予約票

以下の注意をよくお読みの上、この予約票と診察券を持って予約の20分前までに再来受付を済ませ放射線科受付においでください。※時間に遅れると検査の順番が前後することがあります。他院からのご紹介で検査をお受けになる方は必ず保険証を持参し、総合案内で手続きをして放射線科受付までおいで下さい。

ご都合で指定の日時に来院できなくなった場合は、なるべく早く下記へご連絡ください。

連絡先: 永寿総合病院 TEL 03-3833-8381 内線: 予約室(2107) 又は放射線科(2172)

〈検査を受ける際の注意〉

- (1) 高い磁場の中での検査となりますので、検査室内には金属物、時計、磁気カード(キャッシュカード・クレジットカード等は持ち込めません。
- (2) 金属の無い洋服でお越し頂けると、着替えが無くスムーズにご案内することができます。
- (3) 腹部(MRCP含)検査の方は、検査時間の3時間前からはお食事を控えて下さい。
- (4) 検査の開始及び終了は予約の時刻よりも多少前後する場合がありますのであらかじめご了承ください。