

CT・MRI 検査問診票

検査予定日	:	年	月	日	(曜日)	時	分
-------	---	---	---	---	--------	---	---

患者様氏名 :		紹介元医療機関の所在地及び名称	ご担当医師名
身長 :	cm		
体重 :	kg		

■ CT・MRI 共通 必ず記入してください

病名・検査目的	《 ※造影剤使用の検査は受け付けておりません。 》
検査部位	
備考	※撮像断面（矢状断、冠状断）撮像法（MRA）等、具体的な要望があればご記入ください。

■ 下記事項のチェックをお願いします。 《この項目に該当する場合、当院では検査できません。》

MRI	心臓ペースメーカー	(有・無)	人工内耳・中耳	(有・無)
	頭蓋内クリップ・コイル	(有・無)	血管内ステント	(有・無)
	心臓人工弁	(有・無)	刺青・アートメイク	(有・無)
	妊娠初期・妊娠の可能性	(有・無)	脳内シャント	(有・無)
	入れ歯(磁石で固定するタイプ)	(有・無)		
	その他体内金属（応相談）【具体的に：			】
CT	心臓ペースメーカー（応相談）	(有・無)		
	妊娠もしくは妊娠の可能性	(有・無)		

MRI 検査予約票

(患者様用)

検査予定日： 年 月 日 (曜日) 時 分

患者様氏名： _____ 男 ・ 女

生年月日： _____ 年 月 日 歳

- 検査当日は健康保険証、MRI検査予約票、MRI検査問診票をご持参ください。
(お持ちの方は当院の診察券もご持参ください。)
- 検査予約時間の 20分前 までに外来初診受付までお越しください。
- 検査時間は30分程度です。仰向けに寝た状態で行います。
- 腹部 検査の場合は、検査前の食事制限がございます。
午前の検査・・・朝食をとらないでください。(水、お茶は可)
午後の検査・・・昼食をとらないでください。(水、お茶は可)
- 腹部 検査以外は検査前の処置は不要で、食事制限もございません。
- MRIは強い磁場を利用する為、金属を含んだものや磁気製品、貼り薬などは検査室内に持ち込めません。全て外し、検査着に着替えて頂きます。

眼鏡、補聴器、入れ歯、ヘアピン、アクセサリ(ネックレス、ピアス等)、
着衣類(ベルト、ブラジャー等)、使い捨てカイロ、金属粉を含んだ化粧品や増毛剤、
キャッシュカード、交通系ICカード、エレキバン、湿布、心臓の貼り薬など。

- 検査終了後、お会計の際に本日の画像データをCD-ROMでお渡しします。
ご依頼元の病院にお持ちください。
- 予約の変更、検査のキャンセル等は下記の電話番号へご連絡をお願いします。