

MR I 検査予約票

氏名 _____ 様

生年月日 (M・T・S・H・R)
年 月 日

《 頭部 ・ 腹部 ・ 骨盤部 ・ 頸椎 ・
腰椎 ・ 肩 ・ 膝 ・ () 》

《検査日時》 20 年 月 日 (曜日)
午前 ・ 午後 時 分

※下記の口の項目にチェックがある場合、MRI検査を受けることができない可能性がございますので、事前に項目の確認をお願いします

【MR I 検査を受けることができない方】

- 心臓ペースメーカーや刺激電極等を身につけている方
- 人工内耳を埋め込んでいる方
- 義眼を装着している方
- 体内に脳動脈クリップが埋め込まれている方

【MR I 検査を受ける際に注意が必要な方】

- 人工関節等の金属が埋め込まれている方
- 以前に外科手術または心臓手術を受けたことがある方
- 義手・義足を装着されている方
- 入れ墨をされている方
- 妊婦または妊娠されている可能性がある方
- 閉所恐怖症の方

【その他の注意】

- 身につけている金属《外せる入れ歯、マグネット義歯、補聴器、眼鏡、時計、ヘアピン、アクセサリ（指輪、ピアス、ネックレス、湿布、貼り薬、貼付カイロ）等》は、検査当日の準備の際に外していただきます。
- 当日、検査を行う際は、こちらで用意した検査着にお着替えいただきます。
- 心臓病・高血圧の薬を飲んでいる方は、朝6時に内服してください。
- 抜歯時の局所麻酔で気分が悪くなった方やアレルギーのある方は、あらかじめお知らせください。

【検査にあたって】

- 朝食は食べないでください。
- 昼食は食べないでください。
(ただし、2時間前(_____ 時 _____ 分)まで、水・お茶のみお摂りいただいても結構です。)
- 食事制限はありません。

【検査当日の受付方法について】

- 当日は、**検査時間の約20分前**に、初診受付にこの予約票を提出してください。
- 検査の都合で、開始時間が若干遅れることがございますので、あらかじめご了承ください。
- 当日、急用等でご来院いただけない場合は、お早めに下記までご連絡下さい。

柏市立柏病院
《地域医療支援センター》
電話番号 04 (7134) 1503
FAX番号 04 (7134) 1504
代表番号 04 (7134) 2000
<http://www.kashiwacity-hp.or.jp>