

M R I 検 査 予 約 票

☆☆あなたの検査は 平成 年 月 日 (曜日) 時 分からです。☆☆

患者氏名 (フリガナ)	性 別	生年月日	T	年	月	日
	男 ・ 女		S H	年 年	月 月	日 日 歳

M R I 検 査 を 受 け ら れ る 方 へ 注 意 事 項

1. 検査当日は、予約時刻の 20分前までに本票と診療情報提供書と保険証を持って本棟正面玄関受付に、ご来院下さい。
尚、急患等の為、多少検査時刻が前後する事がありますので予めご了承下さい。
2. 検査は30分程度で終わりますが、事前に排尿・排便を済ませておいて下さい。
当日は特に指示がない限り、飲食は普通で結構です。
3. 検査中は木槌で叩くような音がします。痛みなどの苦痛は全くありませんので安心して受けて下さい。

4. 次に該当する方は事前に必ず申し出て下さい。

- * 心臓ペースメーカーを使用している方
- * 体内に金属を埋込まれている方
- * 今までに手術を受けた事のある方
- * 現在妊娠及びその可能性のある方

5. 検査室には磁気カード、キャッシュカード、時計金属類は持ち込めません。
又、眼鏡、ヘアピン、入れ歯、装飾品、カツラ、エレキバン、カイロ等は更衣時に必ず外しておいて下さい。

6. 事情により来院できなくなった、又は予約変更の方は、なるべく早めに下記にご連絡下さい。

7. その他ご不明な点がありましたら、担当スタッフにお尋ね下さい。

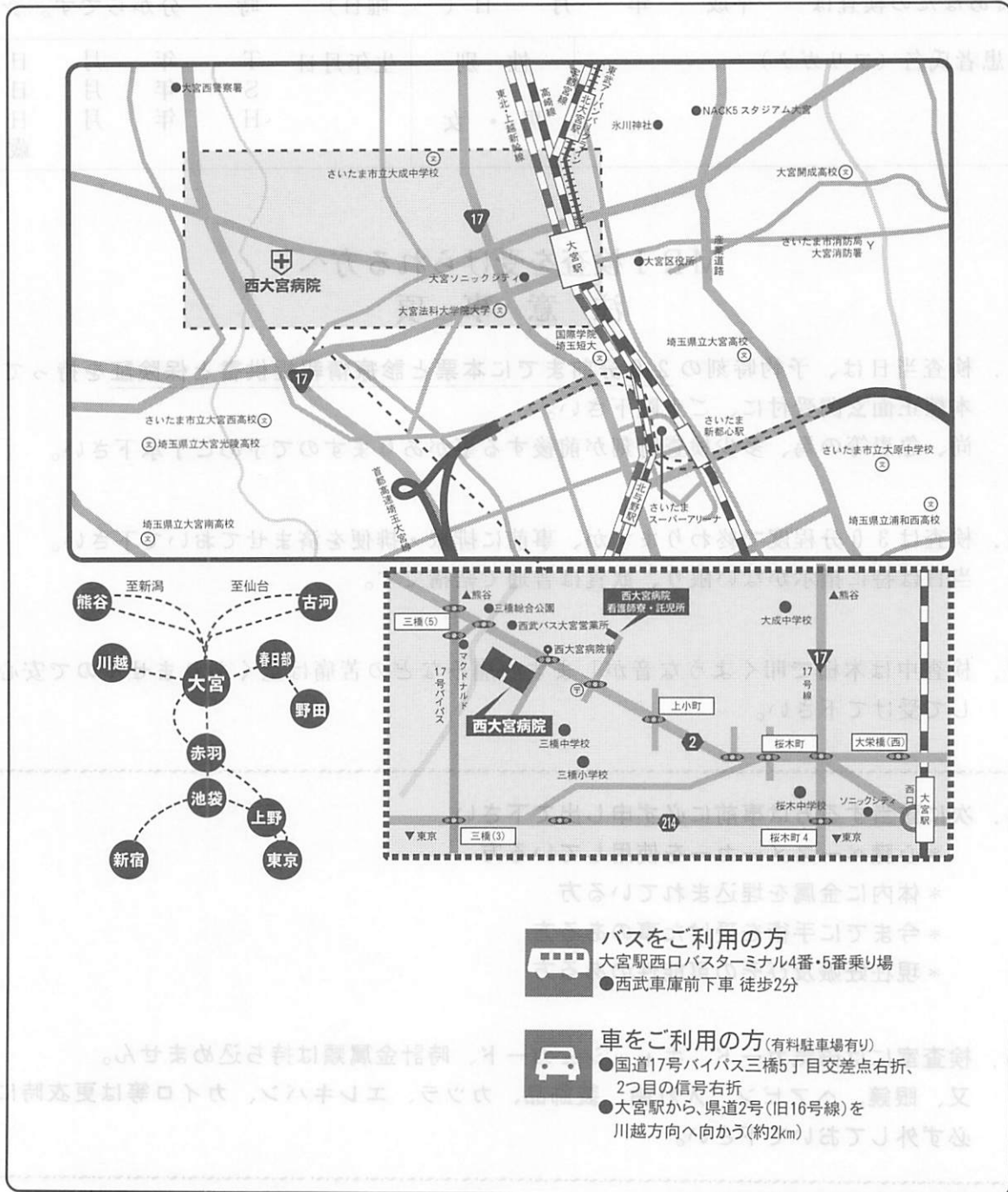
西大宮病院 M R I 室

☎ 048(640)2251(直通)

FAX 048(640)2252(直通)

<http://www.nishiohmiya-hp.com>

◇案内図◇



バスをご利用の方
 大宮駅西口バスターミナル4番・5番乗り場
 ●西武車庫前下車 徒歩2分

車をご利用の方(有料駐車場有り)
 ●国道17号バイパス三橋5丁目交差点右折、
 2つ目の信号右折
 ●大宮駅から、県道2号(旧16号線)を
 川越方向へ向かう(約2km)

◎有料駐車場完備

○交通機関(いずれも西武バス) 大22、大23、大25

大宮駅西口バスターミナルより4・5番乗り場(三橋一丁目経由)

<p>大22 本川越駅行 西遊馬行 西武車庫前行</p> <p>大25 佐知川原行</p>	<p>西武車庫前・ 西大宮病院前下車 " " " "</p>	<p>} 徒歩2分</p>
---	---	---------------

(4・5番乗り場より発車しております)

MRI検査依頼票(診療情報提供書)

検査申し込み年月日 平成 年 月 日 (曜日) 時 分																
患者氏名 (フリガナ)		性別	生年月日	T	年	月	日									
		男 ・ 女		S	年	年	月									
				H	年	月	日									
					歳											
貴病院名	診療科目	申し込み医師名		連絡先TEL												
臨床診断名																
撮像部位 (見たい希望部位) 及び通信欄																
<p>下記項目、体内金属等の有無を厳重にチェックして下さい。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>心臓ペースメーカー</td> <td><input type="checkbox"/>心臓弁置換術</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>脳動脈瘤クリップ</td> <td><input type="checkbox"/>人工骨頭、関節、義手</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>冠動脈バイパスクリップ</td> <td><input type="checkbox"/>他の体内金属、異物</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>他の動脈クリップ</td> <td><input type="checkbox"/>妊娠</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>消化管吻合口用クリップ</td> <td><input type="checkbox"/>喘息</td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 心臓弁置換術	<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 人工骨頭、関節、義手	<input type="checkbox"/> 冠動脈バイパスクリップ	<input type="checkbox"/> 他の体内金属、異物	<input type="checkbox"/> 他の動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 妊娠	<input type="checkbox"/> 消化管吻合口用クリップ	<input type="checkbox"/> 喘息
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 心臓弁置換術															
<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 人工骨頭、関節、義手															
<input type="checkbox"/> 冠動脈バイパスクリップ	<input type="checkbox"/> 他の体内金属、異物															
<input type="checkbox"/> 他の動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 妊娠															
<input type="checkbox"/> 消化管吻合口用クリップ	<input type="checkbox"/> 喘息															

造影剤使用の有無 有 ・ 無

『有』の場合血清クレアチニンの値の記入を必ずお願いします。

血清クレアチニン値 () mg/dℓ

造影検査依頼の場合であっても、高度腎障害・喘息治療中・
造影剤アレルギー歴がある方には造影剤の使用は出来ません。

◎先生方へお願い

- ・ 同一検査日に2部位又は2器管の撮像は、ご遠慮下さい。
(例：頸髄と腰髄、頭部と骨盤腔)
- ・ ご不明な点がございましたら下記までご連絡下さい。

西大宮病院MRI室

☎ 048(640)2251(直通)

FAX 048(640)2252(直通)

<http://www.nishiohmiya-hp.com>