

M R I 検 査 予 約 票

あなたの検査は 西暦 年 月 日 (曜日) 時 分からです。

フリガナ	性別	生年月日 (西暦)
患者氏名	男・女	年 月 日 歳

MR I 検査を受けられる方へ 注 意 事 項

- 1、 検査当日は、予約時間の 20 分前までに本票と検査依頼票を持って本棟受付にご来院下さい。
- 2、 検査は約 30 分程度で終わりますが、特に指示がない場合は事前に排尿・排便を済ませておいて下さい。
- 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ください。

- | |
|--------------------|
| ※ 心臓ペースメーカを使用している方 |
| ※ 体内金属を埋め込まれている方 |
| ※ 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、時計や貴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場合、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 放射線科

TEL 048 (640) 2251 (直通)

FAX 048 (640) 2252 (直通)

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

M R I 検 査 依 頼 書

検査申し込み年月日(西暦)		年	月	日 (曜日)	時	分										
フリガナ		性別		生年月日(西暦)												
患者氏名		男・女		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																
撮影部位 (見たい希望部位) 及び通信欄																
<p>*下記項目、体内金属等の有無のチェックをお願い致します。</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"/> 消化管吻合クリップ	<input type="checkbox"/> 喘息															
<p>造影剤使用の有無 (有 ・ 無)</p> <p>「有」の場合血清クレアチニン値の記入をお願いします。</p> <p>血清クレアチニン値 () mg/d</p> <p>※造影検査を依頼される場合は、必ず「造影剤検査同意書」の記入をお願いします。</p> <p>尚、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。</p>																

* 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 放射線科
 TEL 048 (640) 2251 (直通)
 FAX 048 (640) 2252 (直通)
<http://www.nishiohmiya-hp.com>