検査案内書

こちらの用紙は必要事項をご記入いただきましたら患者様にお渡しください。		（紹介先）　医療法人　浩生会　スズキ病院 東京都練馬区栄町7－1 TEL：03－3557－2001（代表）	
（フリガナ） 氏　名		検査予定日	年　　月　　日
性別	男　・　女	検査開始時間	AM　・　PM　　時　　分
生年月日	年　　月　　日（　　歳）		

今回の検査は　MRI　・　CT　　検査部位　：　　です。

◎予約時間の30分前までに受付をお済ませください。

1.当日はこちらの案内書と診療情報提供書、健康保険証を外来受付にお出しください。
※所要時間（受付～検査～会計まで）はおよそ1時間を目安にしてください。
（診療の都合により多少お待たせする場合もございます）

2.次に該当される方は必ず主治医に申し出てください。

①心臓にペースメーカーを使用している
②過去に手術を受け、体内に金属がある
③脳動脈瘤の手術を受け、クリップがある
④現在妊娠している、または妊娠の可能性がある

3.MRI室には次の物は持ち込めません。検査担当者にご確認ください。
金属類：時計、メガネ、ライター、ヘアピン、アクセサリー（ピアス、ネックレス）など
磁気カード：キャッシュカード、定期券、駐車券、診察券など
その他：携帯電話、義歯（矯正器具含む）、補聴器、ラメ入りの化粧（マスカラ、アイシャドウ、口紅）、入れ墨など

4.検査は寝たままの姿勢で行います。MRIの検査中はコンコンという連続音がしますが驚かないでください。

※**閉所恐怖症、歯列矯正中**の方は必ず検査ご予約時にお申し出ください。
※歯列矯正中の方は矯正器具がMRI対応であるか事前に歯科医へご確認をお願い致します。

☆ご注意
① **お腹および造影剤を使用する検査**の場合、直前のお食事を抜いてください。
（例：午前中の検査の場合は朝食を食べないでください）
※水・お茶はかまいませんが、牛乳やクリームの入ったものは摂らないでください。
② **「膀胱・骨盤・前立腺」の検査**の方は検査1時間前までに排尿を済ませてください。
※1時間前以降に排尿をされた場合は300ml程度の水を飲んで来院してください。

その他の方は食事制限はありません。

5.検査予定日、予定時刻に来院できない場合は必ず放射線科までご連絡ください。
また、その他ご不明点、ご質問等につきましてもご遠慮なくご連絡ください。

医療法人　浩生会　スズキ病院