

予約書

患者様控え

フリガナ	性別
患者氏名	男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 歳

ご紹介施設名	病院・クリニック 医院・診療所
ご紹介医師名	連絡先 TEL() -
ご紹介診療科	科 外来・入院 階

検査予定日時	年 月 日 時 分	※検査当日は検査予定日時の 30分前 にお越し下さい (検査前に説明・問診を行います)
--------	-----------	---

検査の時刻に遅れられますと、お日にちを変更して頂く場合もございますのでご注意ください。

- ・検査の都合上、必ず検査予定日時の**30分前**に**保険証、検査費用、この予約書**をもって彩都友誼会病院 1階総合受付にお越しください。また当院はご紹介いただいた施設とは**別の医療機関**です。初診・再診に関わらず、保険証を必ずお持ち下さい。**労災保険・交通事故**での検査は一般保険証が使用出来ませんので、事前にお問い合わせください。
- ・事情により予約を取り消される場合や、検査当日に急用、体調不良で**来院できない場合は早めに連絡ください。**
- ・下記の**注意事項を必ずお読みください。**ご不明な点がございましたら、お電話でお問い合わせください。

問い合わせ 彩都友誼会病院 放射線部受付 電話 072-641-5898

検査注意事項(必ずお読みください)

MR検査について

強い磁石と電磁場の力で人体の構造を見る検査です

- ・**手術や針治療、外傷**などで体内に**金属がある場合**検査を受けられない場合があります。また受けられても画像が歪む場合があり、著しく画像が歪む場合は検査を中止することがあります。
- ・**アートメイク・刺青・タトゥー**をされている方は**熱傷**の恐れがあり、検査を受けられない場合があります。
- ・**マスカラや付け爪、光沢の強い化粧品**は金属物質が含まれている可能性があるため事前に外しておいてください。
- ・**歯のインプラント及び歯科矯正**をされている方は検査までにMRIに対応しているインプラント及び歯科矯正かどうかを歯科に確認して下さい。
- ・**カラーコンタクトレンズ**(虹彩付レンズ、ディファインを含む)は発熱の恐れがあるため、レンズを外していただきます。予備レンズまたはメガネ等をお持ちください。
- ・検査室へは、**補聴器、磁気カード**などの**金属製品**は持ち込まないようにお願いします。
- ・腹部以外の検査を受けられる方は普段どおりの食事をお摂りください。
- ・腹部の検査を受けられる方は、検査の**3時間前**から**絶食**をお願いします。検査の**2時間前**まではお茶、お水のみ摂取可能です。
- ・**膀胱/前立腺の検査**の方は検査1時間前から排尿しないように、お願いします。
- ・検査時間は**15分から30分**ほどかかります。
- ・**造影剤を使用する場合、副作用**のために稀に**かゆみ、蕁麻疹**が出る場合があります。また、ごく稀に強い症状が出る場合がありますが、その際にはそれに応じて適切な処置を実施いたします。



モノレール彩都線 彩都西駅より徒歩5分

検査当日は**保険証、検査費用、この予約書**持参で**30分前**にお越し下さい。
小さいお子様連れでのご来院はご遠慮下さい。検査中に職員がお子様をお預かりすることはできません。