

MRI検査を受けられる方へ

フリガナ :
氏名 : **様**
生年月日 : ()才 性別 :
予約日 : **予約時間** :

MRIは、磁気を利用して体内の断層像を撮影する検査です。
検査に関して下記の事項にご留意下さい。

- 心臓ペースメーカー装着の方は原則検査できません。
- 腹部検査の場合、午前の検査の方は朝食を、午後の検査の方は昼食を食べないで下さい。
- 検査は多少時間がかかりますので、検査前にはトイレを済ませておいて下さい。
- いれずみ(アートメイク)のある方、妊娠中の方は検査ができない場合がありますのでMRI検査担当者にお伝え下さい。
- 金属類・カード類(キャッシュカード・診察券など)は、検査室に持ち込まないで下さい。
- ※ 検査当日は15分前に受付を済ませ、案内表とこの用紙をMRI室窓口(33番)にお出し下さい。
- ※ 検査は予約制になっておりますので、当日に来院できない場合や、予約時間に来院できない場合は、下記連絡先までご連絡下さい。

安全確保のため下記の黒枠内の質問にお答え下さい

MRI 検査室 入室前最終チェックリスト

- 心臓ペースメーカーをつけていますか？ (はい ・ いいえ)
- 手術などで体の中に金属が入っていますか？ (はい ・ いいえ)
「はい」とお答えいただいた方、どの部位にどのような金属が入っていますか？
()
- 義歯をしていますか？ (はい ・ いいえ)
- いれずみ(アートメイク)をしていますか？ (はい ・ いいえ)
- カラーコンタクトレンズをしていますか？ (はい ・ いいえ)
- 補聴器をしていますか？ (はい ・ いいえ)
- かつら・ウィッグ・増毛スプレーをしていますか？ (はい ・ いいえ)
- ヒートテック等の保温性肌着を着ていますか？ (はい ・ いいえ)
- 尿道パルーンカテーテルを留置していますか？ (はい ・ いいえ)
- 血糖値(グルコース)センサーを装着していますか？ (はい ・ いいえ)
- 妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

搬入 (独歩・車椅子・ストレッチャー)

- 心臓ペースメーカー
- 患者さん付属品
- 専用ストレッチャー/専用車椅子
- 酸素ボンベ
- 点滴スタンド
- スタッフ所持品

担当者サイン

記入者氏名 _____

ささいな事でもわからない事がありましたら、遠慮なくMRI検査担当者にお伝え下さい。

京都きづ川病院 放射線科 MRI室

直通電話番号 0774-54-1117

代表電話番号 0774-54-1111