

MRI 検査を受けられる方へ

検査日時 平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分

お手数ですが、下記の項目に記入してください

体内の金属 (無 ・ 有：ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ・ステント； 年 月施行
その他)

義歯 (無 ・ 有：インプラント・入れ歯・差し歯・銀歯・その他)
イレスミ・金属色素入り化粧・アートメイク →火傷や変色の可能性があります
(無 ・ 有)

補聴器 (無 ・ 有)

閉所恐怖症 (無 ・ 有)

妊娠 (していない・している・わからない) →妊娠初期の方は、検査できません

過去に MRI 検査を受けたことがありますか (無 ・ 有： 年 月頃)

その他、気管支喘息、あお向けに寝られないなど ()

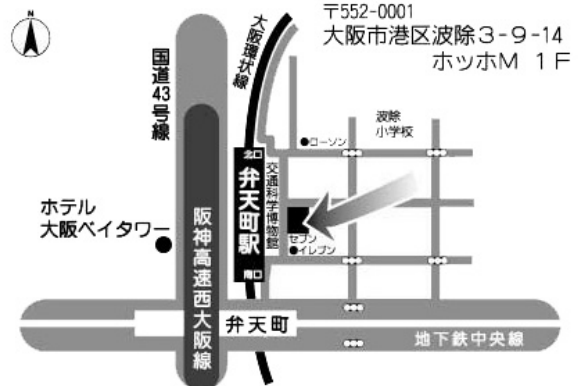
身長 () cm 体重 () kg

紹介医 () 病医院名 ()

患者署名 () (本人 又は代理人)	検査担当者
------------------------	-------

お読みください

1. お時間までに来院していただき、保険証・この用紙・再診の方は診察券を提出してください。
2. 心臓ペースメーカー挿入後の方は、検査できません。
3. 脳動脈瘤クリッピング術後の方は、原則として検査できません。
4. 眼球内金属粉・体内金属破片などが入っている可能性のある方は、検査できません。
5. 以下のものは MRI 検査室に持ち込めません。
 - クレジットカード、キャッシングカード、その他カード類
 - 腕時計、携帯電話、イヤリング、ピアス、ネックレス、ヘアピン、眼鏡、補聴器等の金属物
 - ファスナー・ホック付下着、ベルト、カイロ (使い捨ても)、湿布、入れ歯、取り外し可能ブリッジ、マスカラ、カラーコンタクト、かつら、マスク (針金入りのもの) は外してください。
6. 技師の指示があるまで、検査室への入室は禁止です。



たかせクリニック

Tel.06-4393-9988

地下鉄・JR 弁天町駅前

予約変更、取り消し等は必ず早めにご連絡ください