

MRI検査予約票 (造影なし)

氏名 _____ 様

予約日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分



検査当日は、総合支援センター地域連携室へ

(正面玄関に入って左にある再来受付機に診察券を通してから
1番の総合支援センター地域連携室へお越し下さい)

_____ 時 _____ 分までに

【検査方法】

- ・検査台に寝て頂き、筒状の撮影装置の中に体が運ばれ、20～30分程度で終了します。
- ・検査中は、大きな音がしますが動かずにいてください。
- ・呼吸を一時的に止めて頂く場合がありますので、技師の指示に従ってください。

【検査説明】

- ・MRI検査は、高磁場のなかで電波を体内に当て、体の断層画像や血管を撮影する検査で、下記診断等に役立ちます。
- ・撮影部位は、頭部から足部まで検査できますが、一度に撮影できる範囲は30～40cm程です。
- ・ほとんどの場合苦痛を伴いませんが、息を止めて頂くことや体を動かさないなどの制約がありますので、技師の指示に従って下さい。

頭 部	脳梗塞・脳腫瘍・脳血管異常・脳挫傷等
胸 腹 部	乳房・肝臓・腎臓・その他臓器の異常
下 腹 部	卵巣・子宮等婦人科領域の異常 前立腺等泌尿器科領域の異常
脊椎 関節	椎間板ヘルニア・靱帯損傷・腫瘍等
その他部位	腫瘍・骨折等

【ご注意】

- ☆ 埋め込み型ペースメーカーか植え込み型除細動器(ICD)を装着の方はMRI検査が出来ません。
- ☆ 磁気カード・補聴器・メガネなどの金属は、MRI室へ持ち込まないで下さい。
- ☆ 服薬中のお薬は、医師からの指示がない限り通常通り服用して下さい。
- ☆ 妊娠をしている方は、主治医とご相談下さい。
- ☆ 検査結果はかかりつけ医にお聞き下さい。

【当日持参して頂くもの】

- ☆ 紹介状(診療情報提供書) ☆ MRI検査予約票 (造影なし)
- ☆ 保険証 ☆ MRI検査問診票 および承諾書(造影なし)
- ☆ マイナンバーカード

都合で来られない方・お問い合わせは、下記まで連絡をお願い致します。

利根中央病院 総合支援センター 地域連携室 TEL 0278(25)9800

MRI検査問診票（造影なし）

紹介元 医療機関名 _____

検 査 日 年 月 日

お名前 _____

生年月日 年 月 日（ 歳） 男 ・ 女 体重 kg

1. 心臓ペースメーカーや、植え込み型除細動器(ICD)などが体内にありますか？
【 ☐あり ・ ☐なし 】
2. 体内に脳動脈瘤クリップや人工関節などの金属が埋め込まれていますか？
【 ☐あり ・ ☐なし 】
3. 閉所恐怖症などで狭いところが苦手ですか？
【 ☐はい ・ ☐いいえ 】

記 入 日 年 月 日