

紹介・共同利用 MRI検査 予約表

殿

撮影部位：

あなたの検査は、____月 ____日（ ____曜日） ____時 ____分です。

検査当日は**15分前**までにこの用紙を持って来院し、受付を済ませて下さい。
救急患者の対応のため、予定時刻に検査ができないことがありますのでご了承下さい。
来院できない場合、検査予定時刻に遅れる場合は必ずご連絡ください。

【注意事項】（該当項目をご確認下さい。）

- 検査は磁気を用いて身体の断層写真を撮影する検査です。磁気による身体的影響はありません。
- 撮影中は大きな音が続きます。音が出ている間は継続して撮影を行っておりますので、体を動かさないようにご協力ください。
- 化粧品（マスカラ・アイシャドウ等）や白髪染めスプレーの中には金属を含んでいるものもあります。検査当日はお控えいただくか、検査前に除去して下さい。
- ヒートテックなどの機能性肌着は、MRI検査の特性上体温が上昇しますので、脱いでいただきます。
- 検査時間は20～30分程度です。検査前にお手洗いを済ませておいて下さい。

次に該当する方は必ず主治医、または検査担当者に申し出て下さい。

- ① ペースメーカー・植込型除細動器・深部脳脊髄刺激装置などの植込み型デバイスを装着されている方
→ MRI対応の装置であっても当院では検査不可です。
- ② 体内に金属（クリップ・コイル・ステント・人工弁・人工関節・プレート等）が埋め込まれている方
→ 検査の可否について主治医にご確認下さい。
- ③ 体外貼付型デバイス（リブレ・ガーディアンセンサ・DEXCOM等）を装着されている方
→ 取り外しが必要です。
- ④ 義歯・補聴器・湿布・カイロ・コルセット・アクセサリ・カラーコンタクト・金具のついた下着
→ 取り外しが必要です。
- ⑤ 刺青・タトゥーを入れられている方
→ 火傷の恐れがあります。同意の上で検査可能です。

特定医療法人 慶桜会

東可児病院

内科・外科・脳神経外科・循環器科
整形外科・消化器内科・呼吸器内科
眼科・放射線科・人工透析センター

TEL 0574-63-1200

FAX 0574-63-2522

