

## MRI 検査予約表

年 月 日

台東区立台東病院 地域連携相談室

TEL 03-3876-1007

FAX 03-3876-1485

検査日 月 日( ) 時 分

紹介元医療機関名

所在地

医師名

TEL - -

FAX - -

フリガナ		台東区立台東病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不詳
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日生( 歳)
住 所				TEL	- -

検 査 日  
年 月 日  
時 分

## 患者様へのお知らせ

1. 予約時間の**30分前**までに、台東区立台東病院 1階受付までお越しください。保険証や診療情報提供書をお持ちの方は受付にお出してください。
2. 検査の都合により遅れが生じる場合がありますのでご了承ください。
3. ご都合により来院できなくなった場合（予約変更等）は、早急に当院の**地域連携相談室(TEL:03-3876-1007)**までご連絡ください。
4. 腹部検査または造影検査を受ける方は検査前の食事をとらないでください。水分摂取(お水、お茶)は特に制限はありません。ただし、MRCP検査の方は検査前4時間は**絶飲食**となります。ご注意ください。
5. 検査にかかる時間は約30分です。(造影検査のある方は約60分です。)
6. 腎機能検査が不足している方は検査等をさせていただくことがあります。
7. 妊娠または妊娠の疑いのある方は、医師に申し出てください。

以下に該当するものがありましたら、検査前に取り外して下さい。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 補聴器・かつら・ウィッグ・ヘアピン                              | <input type="checkbox"/> アイシャドー・マスカラ                           |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯(金属製で取り外しができるもの)                            | <input type="checkbox"/> カラーコンタクト <input type="checkbox"/> カイロ |
| <input type="checkbox"/> 歯科矯正 <input type="checkbox"/> ジェルネイル等(ネイルアート類) | <input type="checkbox"/> DIBキャップ(バルーンカテーテル磁力キャップ)              |
| <input type="checkbox"/> 貼り薬(湿布・ニトロダーム・フェントステープ・ニュープロパッチ・ニコチネル等)        |  |

※化粧品には微量の金属が含まれていることがあります。検査部位にかかわらず検査当日はノーメイクまたはできるだけ薄めのお化粧でお越しください。(場合によりリムーバー等で落としていただく場合がございます。)

※ネイルやジェルネイルには微量の金属が含まれていることがあります。検査部位にかかわらず手足のネイルは落とした状態でお越しください。その他、カラーコンタクトも取り外しての検査をお願いしております。