放②

# MRI検査予約票（他院依頼御案内）

氏名　　様　　検査予約日　　年　　月　　日　　（曜日）

生年月日　　受付時間　　時　　分　（時間厳守でお願いします）

☆検査当日の受付は**1階医事課窓口**です。

☆検査当日は、この予約票と検査依頼票、保険証、診察券（お持ちであれば）をご持参下さい。

☆検査当日は、当院の医師による問診を受けてからの検査となります。

☆検査日時に来院できなくなった場合は当院放射線室にご連絡下さい。

## MRI検査について

●MRI検査はX線を使うことなく、体内の状態を検査することができます。
強い磁石と電磁波を使いますが、放射線被ばくや痛みも無く身体の断面を撮像します。

●検査中は連続した大きな音がします。多少うるさく感じますが、鮮明な画像を写すためにも
身体を動かさないようご協力をお願いします。

●食事や薬は特に指示がない場合は通常通りで構いません。

## ご注意

**MRI検査は強い磁石の機械ですので、以下の点にご注意下さい。**

●心臓ペースメーカーを入れている方、脳動脈瘤クリッピングなどの手術を受けたことのある方は
検査を受けることができません。

●下記に該当する方は検査前の問診時に必ず申し出て下さい。
①以前に手術を受け、体内に金属類が入っている方。
②妊娠中、またはその可能性のある方。
③閉所恐怖症のある方
④刺青もしくはアートメイクをされている方。

●身に付けている金属類は検査に影響を及ぼしたり、故障して使用できなくなる恐れがありますので
検査室内には持ち込めません。また化粧品の中に顔料として金属を含んでいるものがありますので
ご注意下さい。

その他不明な点がございましたら、問診時もしくは検査担当者にご相談下さい。

神奈川県足柄下郡湯河原町中央2-21-6
独立行政法人地域医療機能推進機構　湯河原病院
TEL 0465-63-2211　地域医療連携室(内線1812)

2020.9

【コピー使用可】