

平成 年 月 日

患者様氏名

紹介元施設名

生年月日

性別

年 月 日生 男・女

ご依頼医名

電話番号

電話番号

ご希望の画像記録媒体にチェックしてください CD-R(Windows対応ビューワー付き) フィルム

来院日時 年 月 日() 時 分

検査目的・既往歴

CT検査種別

検査部位 ご希望の部位を○で囲んでください。

頭部 頸部 副鼻腔 上顎・下顎 胸部 上腹部 骨盤部

その他 四肢、関節など ※左右および部位を具体的にご記載ください
()

矢状断、冠状断、骨条件、3D骨画像などの画像再構成が必要な場合は下記に記載ください。

患者様の注意事項

 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器 妊娠 その他体内金属() 上記いずれも該当なし

※妊娠中もしくは妊娠の可能性がある患者様はCT検査をお受け頂くことができません。

※問診、診察の内容によって検査をお受け頂けない場合があります。

検査時に患者様に対する緊急処置が必要な場合は、メディカルイメージング栄の対応に一任します。

MRI・CT検査予約票

【氏名】

様

【検査日時】 年 月 日() 来院時間 時 分

【当日にご持参いただくもの】 ※当日の混雑状況により、予定時間より遅れて来院された患者様は検査をお受けいただけない場合があります。

- ①紹介状(診療情報提供書) ②健康保険証

【飲食制限について(MRI、CT共通)】

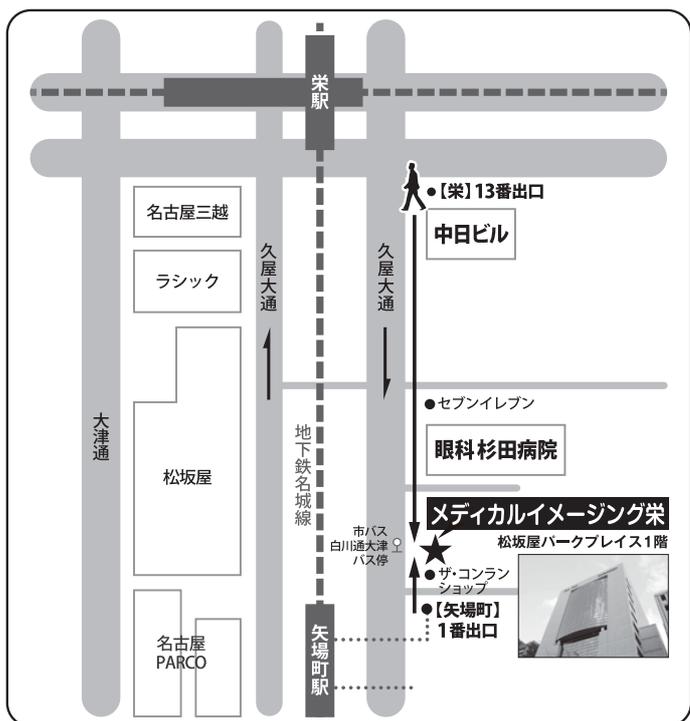
- ①CTでは食事制限はございません。MRI、CT検査ともに水分制限はございません。
- ②MRI検査で造影検査が予定されている場合には4時間前から食事制限をお願いいたします。
- ③MRIで腹部領域の検査が予定されている場合には検査の4時間前から食事制限をお願いいたします。
- ④定期的に内服しているお薬はそのままお飲みください。

【MRI検査を受けられる患者様の注意事項】

- ①検査前に、時計、ウィッグ、かつら、ヘアピン、入れ歯、カイロ、エレキバン、コンタクトレンズ、アクセサリ、コルセットや装備具、補聴器、各種貼り薬、スーパーミリオンヘアー(含類似商品)などは外して頂きます。
※鍵付きのロッカーをご用意しています。
- ②頭部の検査を予定されている患者様はアイメイク(アイシャドウ、マスカラ、つけまつげ等)は火傷や変質の恐れがあります。検査前にメイクを落として頂きます。 ※パウダールームをご用意しています。

【造影検査を受けられる患者様の注意事項】

- ①検査前の腎機能チェックが必要です。
- ②患者様には検査前に造影剤の必要性和副作用を十分ご理解いただき、同意書にご署名いただきます。
- ③問診の結果、単純MRIに変更する場合があります。



【アクセス】

地下鉄名城線 矢場町駅 1番出口 徒歩1分
 地下鉄名城線/東山線 栄駅 13番出口 徒歩5分
 名古屋市営バス 白川通大津 目の前

【お車でお越しの方へ】

ビル内に提携駐車場がございます。
 患者様1名につき1台、最長2時間分駐車補助いたします。
 精算時に駐車券のご提示をお願いいたします。

※「マツザカヤ契約駐車場」目印

メディカルイメージング栄
 〒460-0008 名古屋市中区栄5-2-36 パークプレイス1F

TEL (052) 242-5656
 FAX (052) 242-5657