

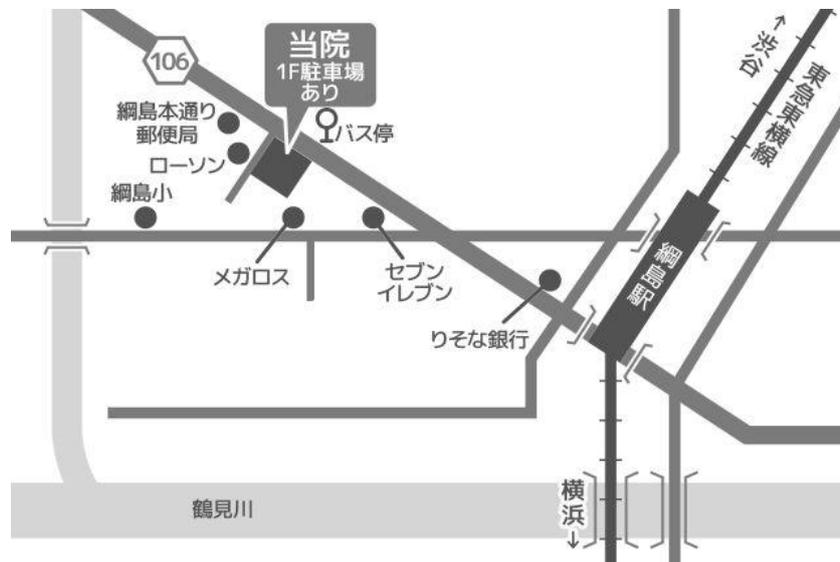
MRI 予約票

患者氏名 _____ 様

あなたの検査は _____ 年 _____ 月 _____ 日、 _____ 時 _____ 分 _____ 秒 _____ です

あなたの検査部位は _____ です

- * 検査予約時間の 10 分前までにお越し下さい。
- * 別紙問診票を記入してお持ち下さい。
- * 予約日の変更、キャンセルは、ご連絡をお願いします。



以下は、患者さんが記入して下さい。

(ID _____)

フリガナ _____ 生年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名 _____ 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳 男・女

住所 〒 _____

電話番号 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

高木脳神経外科クリニック
電話 045-545-0888

MRI 検査についての説明及び同意書

検査当日のお食事

- ◆腹部以外の検査の方は、お食事の制限はありません。
- ◆腹部（肝臓・膵臓・胆のうなど）の検査の方は、2時間前から飲食をしないで下さい。

注意事項

- ◆強い磁石を使用しているため、以下の物は、検査室に持ち込めません。
 - 時計、携帯電話、補聴器、カード類（駐車券、銀行カード、クレジットカード、電子マネーなど）
 - ヘアピン、アクセサリ（ネックレス、ピアス、指輪など）
 - その他の金属を含むもの（はずせる入れ歯、エレキバン、カイロ、めがね、かつら、金属のついた下着、小銭、安全ピン、鍵、ライターなど）
 - シップなどの貼り薬、シールなど
 - カラーコンタクトレンズ
 - 義肢（義足、義手）、コルセット、義眼など
- ◆以下のものは、含まれる成分によっては発熱し、眼球や皮膚に損傷をきたす可能性があります。
 - ・アイメイク（アイシャドー、マスカラなど）：化粧はなるべく避けてください
 - ・刺青（イレズミ：背中、胸、腕、まゆげ、まぶたなど）
：検査中、熱感などの異常を感じたら ブザーでお知らせください
- ◆妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方
妊娠初期はMRI 検査を受けないことが望ましいので、医師または検査技師にご相談ください。
- ◆検査中はブザーをお渡しします。熱いと感じた時、気分が悪くなったときなどは、必ずお知らせください。

以下の質問にお答えください

- ※ MRI 検査を受けたことがありますか。 (いいえ はい)
- ※ 心臓ペースメーカーを使用していますか。 (いいえ はい)
- ※ 人工内耳を使用していますか。 (いいえ はい)
- ※ 今までに手術を受けたことがありますか。 (いいえ はい)
- ※ 体の中に金属が入っていますか。 (いいえ はい)
はいの場合、どこに何が ()
- ※ 閉所恐怖症はありますか。 (いいえ はい)
- ※ 妊娠の可能性はありますか。 (いいえ はい)

私は上記の内容を理解し、MRI 検査実施に同意します。

____年 ____月 ____日

検査を受けるご本人の氏名 _____ (代筆者 _____)