

# MRI検査予約票

フリガナ..... M

氏名..... F

生年月日.....年.....月.....日生.....歳

検査日時.....年.....月.....日(.....曜日)

AM.....時.....分より  
PM

制限なし 朝絶食 昼絶食 (少量の水やお茶は飲んでも構いません)

検査当日お持ちいただくもの

健康保険証 依頼書 予約票

依頼施設.....診療科.....科

依頼医師.....外来・入院(.....病棟)

- 検査の予約日時は上記の通りです。  
予約時間の30分前にはお越しになり、総合受付にてこの予約票を提示してください。
- 検査の予約日、時間を厳守してください。  
都合により検査が受けられなくなった場合は早めに下記のところまでご連絡ください。
- 検査には時間がかかりますので、検査前には必ず用便を済ましておいてください。  
また、検査の都合で開始予定時間が遅れることがありますので、ご了承ください。
- 検査費用は、健康保険の種類により異なりますが6,000～10,000円程度必要となります。
- MRI検査は強い磁気と電波を用いる検査です。以下の点にご注意ください。
  - ▲心臓ペースメーカーを使用されている方は検査できません。
  - ▲検査室には磁気カードや診察券、装具や入れ歯、ヘアピン、ネックレスなどの金属類、時計や携帯電話などの電子機器は持ち込みできませんので、所定の場所に置いていただきます。
  - ▲発熱する可能性があるため、アイラインやマスカラなどはしないでください。  
また、入れ墨のある方はご相談ください。
- 検査を安全に受けていただくため、以下の質問で該当するものがあれば○を入れ、できるだけくわしくお答え下さい。
  - ( ) 心臓ペースメーカーを使用している。
  - ( ) 体内に金属が入っている。  
脳動脈瘤クリップ、外科用クリップ、ワイヤー、人工関節、その他( )
  - ( ) 気管支ぜんそくといわれたことがある。
  - ( ) アレルギー体質といわれたことがある。  
アレルギー性鼻炎、花粉症、アトピー性皮膚炎、じんま疹、その他( )
  - ( ) ご両親やご兄弟にアレルギー体質の人がいる。
  - ( ) これまでに薬や食べ物でじんま疹が出たり気分が悪くなったことがある。( )
  - ( ) これまでに腎臓が悪いといわれたことがある。
  - ( ) これまでにてんかん、不整脈といわれたことがある。
  - ( ) これまでに以下の病気をしたことがある。  
緑内障、心筋梗塞、狭心症、前立腺肥大、糖尿病
  - ( ) これまでに造影剤を使った検査を受けたことがある。  
MRI、CT、尿路造影、血管造影、心臓カテーテル、その他( )
  - ( ) 造影剤を注射された際、じんま疹がでたり気分が悪くなったことがある。  
症状( )
  - ( ) 現在妊娠中、または授乳中である。
  - ( ) 狭いところが苦手である。(閉所恐怖症)
  - ( ) この他に不明な点があればお書きください。



医療法人社団 吉徳会  
**あさぎり病院**

〒673-0852 明石市朝霧台1120-2  
TEL 078 (912) 7575 内線 171  
※MRI室直通TEL(FAX共用)  
078 (912) 8111

