

## MRI検査依頼用紙（患者様用）

検査日 年 月 日（ 曜日）

来院時間 時 分 検査予定時間 時 分

※受付、問診表記載の為、検査予定時間の15分前に来院、受付をしてください。  
準備が整い次第ご案内します。

遅刻、日時変更、キャンセルの場合は必ずお電話ください。

**検査当日は健康保険証など必要書類を持参してください。**

（お忘れになりますと実費扱いとなる場合がありますのでご注意ください。）

<注意事項>

- ① **心臓ペースメーカー、人工内耳、義眼、脳動脈クリップ（平成元年以降は可）埋込み型除細動器（ICD）、神経刺激装置が体内にある場合の検査はできません。**
- ② 妊娠中の方は疾患の診断や治療方針決定に必要であれば検査を行えますが、その際は検査依頼医師より十分な説明を受けてください。
- ③ 検査時間は準備を含めて約30分かかります。
- ④ 化粧、カラーコンタクトレンズには金属を含んでいる物もありますので薄化粧、コンタクトレンズケース持参、通常のコンタクトレンズ、メガネでの来院をお願いします。  
また、増毛パウダーには鉄成分が含まれている場合があります、機械故障の原因となります。当日のご使用はお控えください。
- ⑤ なるべく金属が付いておらず、着替えやすい服装でご来院くださいますと、スムーズ検査を受けていただくことが可能です。  
**※火傷をする可能性があるのでヒートテック着用での検査はできません。**  
※着替えは上下用意しています。必要な方は申し出てください。
- ⑥ 腕時計、磁気カード等は検査に影響が出る上、故障の原因になります。  
貴重品を含め、鍵付きの所定のロッカーに預けてください。  
**盗難、故障には一切の責任を負いかねます。**

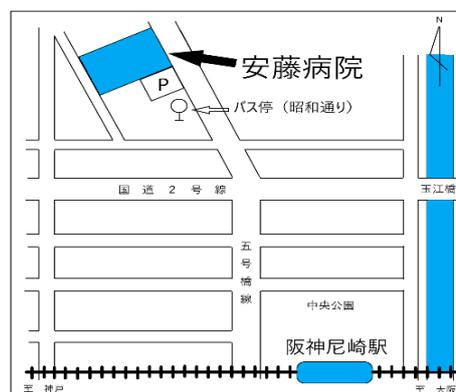
ご不明な点がございましたら、何なりと担当スタッフにお尋ねください。



医療法人社団 智聖会 安藤病院

尼崎市東難波町5-19-16

放射線科直通電話 06-6482-2927



MRI検査依頼用紙  
(診療情報提供書)

フリガナ

貴施設 ID

氏名 (男・女)

貴施設名

生年月日 年 月 日

TEL

( 歳)

診療科目

検査日 年 月 日 ( 曜日) 検査予定時間 時 分

依頼医師

当院担当技師

体内金属 ( + - ) ※必ず確認、記載してください。

禁忌 1) ペースメーカー 2) 埋め込み型除細動器 (ICD)

3) 人工内耳・中耳 4) 義眼 5) 神経刺激装置

条件付き 6) 脳動脈瘤クリップ (平成以降は可) 7) 可変式シャントバルブ

その他体内金属 ( )

検査部位

※造影検査は受け付けておりません。

依頼医師は必ず記入してください。

検査目的

検査方法