

仁成会 高木病院放射線科

MR I 検査 予約票

患者 I D _____

患者氏名 _____ 身長 _____ 体重 _____ Kg

検査日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 (開始時間)

受付時間 _____ 時 _____ 分

- 検査当日は開始時間の30分前までに**医事課**にて受け付けをして下さい。
- 受付後、「外来基本伝票」を**放射線科**窓口へ提出して下さい。
- 検査日までに、問診票記入のうえ、こちらの用紙と一緒に持ち下さい。

腹部の検査のかた

- ▶ 午前:**朝食**は摂らないで下さい。お水・お茶は飲んで大丈夫です。
 - ▶ 午後:**昼食**は摂らないで下さい。お水・お茶は飲んで大丈夫です。
- * 飲み物は、全て糖分を含む物や乳製品は禁止ですのでご注意下さい。

膀胱検査のかた

- ▶ 検査1時間前に排尿して下さい。検査前は排尿しないで下さい。

造影検査のかた

- ▶ 午前:**朝食**は摂らないで下さい。
- ▶ 午後:**昼食**は摂らないで下さい。

* 主治医より水分制限が無い方は、造影剤副作用予防の為にお水を300ml以上必ず飲んで下さい。

* 普段飲まれているお薬は、主治医の指示に従ってお飲み下さい。

* 緊急検査などにより、検査時間が多少遅れる場合がございます。ご了承下さい。