

予約日時	年 月 日	時 分
個人ID	No.	
氏名		
生年月日	M・T S・H / / ( 歳)	

依頼元施設名	
依頼元医師名	
読影	<input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不用
入室方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー

部位

頭部 上下腹部

頸部

胸部

上腹部

下腹部

その他( )


\* 検査範囲を記入してください。

臨床診断名

検査目的

			担当技師

管電圧	管電流	スキャン時間	スライス枚数
KV	mA	sec	枚

 医療法人 名翔会/松柏会 セントラルクリニックグループ

名古屋ビルセントラルクリニック TEL:052-587-0311  
 名古屋セントラルクリニック TEL:052-819-1850

# MRI・CT検査のご案内

患者氏名

様

予約時間 平成 年 月 日 時 分

## 検査についての注意事項

◎腹部検査の方は検査前1食を食わずにご来院ください。

水分の摂取は3時間前から控えてください。

(薬を飲む、体調が悪いなどの場合は水分を取っていただいて構いません。)

◎腹部以外の検査の方は絶食の必要はありません。

◎下腹部検査の方で膀胱疾患を目的に検査を受けられる場合は、検査前に排尿を控えていただく必要がありますので、当日は検査室での指示に従ってください。

## MRI検査を受診される方

◎当日は保険証・MRI検査問診表(同意書)・MRI検査依頼書をお持ち下さい。

◎当日は20分前に当クリニック総合受付にお越し下さい。予約時間にお越しにならない場合は、当日の検査をお断りする場合があります。ご了承ください。

## CT検査を受診される方

◎当日は保険証・CT検査依頼書をお持ち下さい。

◎妊娠又は妊娠の可能性のある方はCT検査を受診できません。医師・診療放射線技師にお申し出ください。

◎当日は20分前に当クリニック総合受付にお越し下さい。予約時間にお越しにならない場合は、当日の検査をお断りする場合があります。ご了承ください。

## 検査に関するお問い合わせは

◎検査当日に来院できない場合、検査開始予定時刻に遅れる場合、その他ご不明な点がございましたら下記へご連絡ください。

- ・医療法人 名翔会 名古屋セントラルクリニック TEL : 052-819-1850
- ・医療法人 松柏会 大名古屋ビルセントラルクリニック TEL : 052-587-0311

# 医療法人 松柏会 名古屋ビルセントラルクリニック アクセスのご案内



〒450-6409  
 名古屋市中村区名駅三丁目28番12号  
 名古屋ビルディング9階  
 電話 052-587-0311 (代)  
 052-559-1201 (検査予約専用)  
 052-559-1200 (外来)  
 FAX 052-587-0300

## 電車でお越しの場合

- ・全線「名古屋」駅直結。地下鉄東山線コンコースより名古屋ビル連絡通路 ダイナードを通り、地下1階へ。
- ・ビル入館後は、下記経路で9階までお越しく下さい。



## お車でお越しの場合

- ・セントラルクリニック専用駐車場はございませんので、名古屋ビル駐車場または近隣駐車場をご利用ください。
- ・駐車券は発券しておりませんのでご了承ください。
- ・名古屋ビル駐車場をご利用の場合、ビル横の道路が一方通行により直進できないため、右の経路でお越しく下さい。
- ・駐車場台数には限りがございます。可能な限り、公共交通機関をご利用ください。

