MRI検査依頼書

セントラルクリニックグループ		
予約日時	年　月　日	時　分
個人ID	No.	
氏名		
生年月日	M・T S・H　/　/　（　歳）	

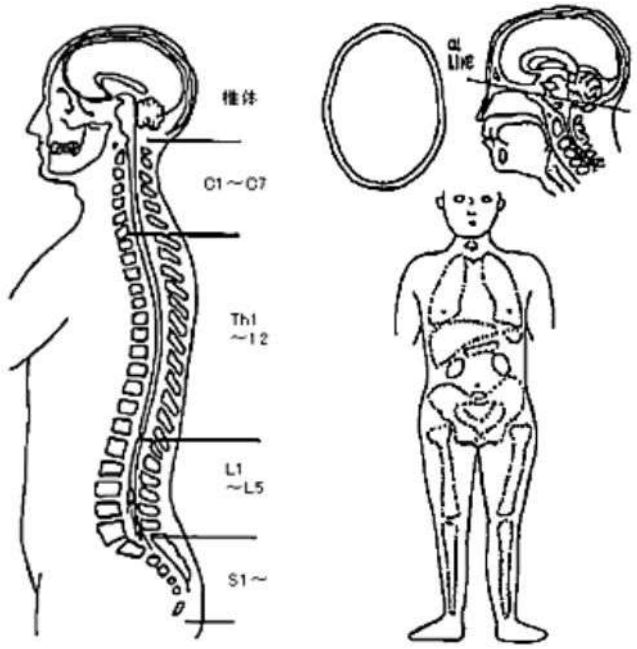
依頼元施設名	
依頼元医師名	
読影	□必要 ・ □不用
入室方法	□歩行　□車椅子　□ストレッチャー

部位

□頭部　□脊椎（頸椎・胸椎・腰椎）
□顔面　□肩関節
□頸部　□膝関節
□胸部　□手関節
□上腹部　□足関節
□下腹部　□上肢・下肢（　　）
□その他（　　）

臨床診断名

検査範囲を記入してください。



検査目的

	担当技師

造影検査〔 適 ・ 禁忌 〕 体重（　　kg） 気管支喘息〔 無 ・ 有 〕
腎機能検査〔 未・結果待ち・Cr（　　mg/dl）BUN（　　mg/dl） 実施日（　月　日）〕
重篤な肝障害〔 無 ・ 有 〕
アレルギー疾患〔 無 ・ 有（　　）〕
感染症〔 無 ・ 有（　　）〕
薬物過敏症〔 無 ・ 有（　　）〕

医療法人 名翔会/松柏会　セントラルクリニックグループ

大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 検査を受けられる方への説明・同意書

平成　　年　　月　　日

患者様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

≪検査の安全性を高めるため以下の質問にお答え下さい。≫

・30 分程度静止した状態が保てますか？　□はい　・　□いいえ
・今までにＭＲＩ検査を受診したことがありますか？　□はい　・　□いいえ
・「てんかん」の既往がありますか?　□いいえ　・　□はい

＊次のような場合MRI検査をお受けいただけません。

・心臓ペースメーカー　□無　・　□有
・人工内耳　□無　・　□有
・人工心臓弁　□無　・　□有
・圧可変式ﾊﾞﾙﾌﾞｼｬﾝﾄ付　V-P ｼｬﾝﾄ　□無　・　□有

＊次のような方は MRI 検査をお受けいただけない事があります。必ず事前にお知らせください。

・経皮吸収ニトログリセリン製剤　□無　・　□有
・脳動脈瘤クリップ　□無　・　□有
・ステント　□無　・　□有
・冠動脈バイパスクリップ　□無　・　□有
・磁石で固定するタイプの差し歯　□無　・　□有
・閉所恐怖症の方　□無　・　□有
・現在妊娠中の方　□無　・　□有
・刺青やアートメイク　□無　・　□有
・その他、手術等により体内に金属が入っている方
□無　・　□有　部位＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊下記を使用中の場合、検査の妨げになりますので、事前に取り外し検査室内に持ち込まないでください。

①貴金属類：時計、指輪、ネックレス、付け爪、イヤリング、ヘアピン、ベルトなど
②補聴器、コンタクトレンズ、入れ歯、カイロ、エレキバンなど
③ブラジャーやボディースーツなど金属のついた下着
④キャッシュカード・テレホンカードなどの磁気カードは使用できなくなります。
⑤経皮吸収ニコチン製剤
⑥**化粧品（マニキュア、ジェルネイルを含む）は画像の劣化や軽い火傷をおこすことがありますので、必ず検査前に落してください。**

署　名　欄

【医師】　上記項目を確認し、MRＩ検査可能であると判断します。　医師署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【本人】　上記項目を確認し、MRＩ検査の説明を受け検査に同意します。　患者様署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療法人 名翔会・松柏会　セントラルクリニックグループ

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食を食べ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れない場合は、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れない場合は、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

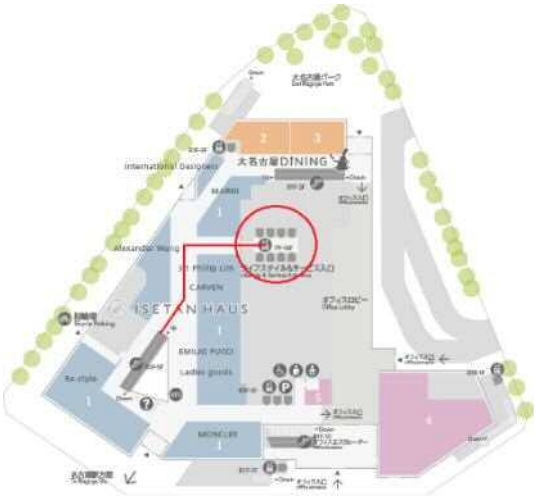
大名古屋ビルセントラルクリニック アクセスのご案内

〒450-6409
名古屋市中村区名駅三丁目28番12号
大名古屋ビルヂング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

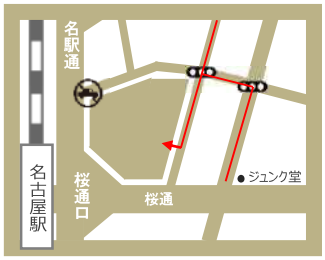
電車でお越しの場合

・全線「名古屋」駅直結。地下鉄東山線コンコースより大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階までお越しください。

＊地下1階フロア経路
エスカレーターで
1階へお上がりください



＊1階フロア経路
エレベーターで
9階へお上がりください

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、大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。
・大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ださい。
・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。