

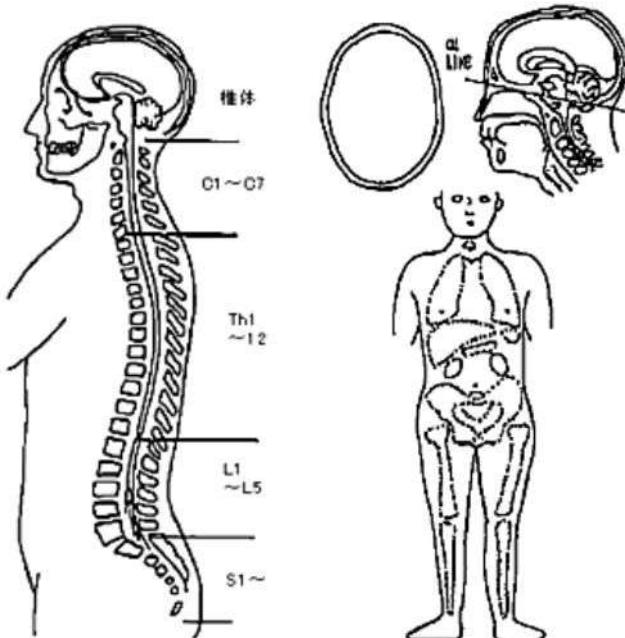
## セントラルクリニックグループ

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

## MRI検査依頼書

|        |   |
|--------|---|
| 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 |

検査範囲を記入してください。



## 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？      | <input type="checkbox"/> はい  | ・ <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・今までにMRI検査を受診したことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい  | ・ <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・「てんかん」の既往がありますか？        | <input type="checkbox"/> いいえ | ・ <input type="checkbox"/> 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            | <input type="checkbox"/> 無 | ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| ・人工内耳                 | <input type="checkbox"/> 無 | ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| ・人工心臓弁                | <input type="checkbox"/> 無 | ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| ・圧可変式バルブシャント付 V-Pシャント | <input type="checkbox"/> 無 | ・ <input type="checkbox"/> 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         | <input type="checkbox"/> 無   | ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| ・脳動脈瘤クリップ               | <input type="checkbox"/> 無   | ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| ・ステント                   | <input type="checkbox"/> 無   | ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| ・冠動脈バイパスクリップ            | <input type="checkbox"/> 無   | ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| ・磁石で固定するタイプの差し歯         | <input type="checkbox"/> 無   | ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| ・閉所恐怖症の方                | <input type="checkbox"/> 無   | ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| ・現在妊娠中の方                | <input type="checkbox"/> 無   | ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| ・刺青やアートメイク              | <input type="checkbox"/> 無   | ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| ・その他、手術等により体内に金属が入っている方 | <input type="checkbox"/> 無  ・ <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

# 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。

## MR I 検査を受診される方

- ◎当日は保険証・MR I 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

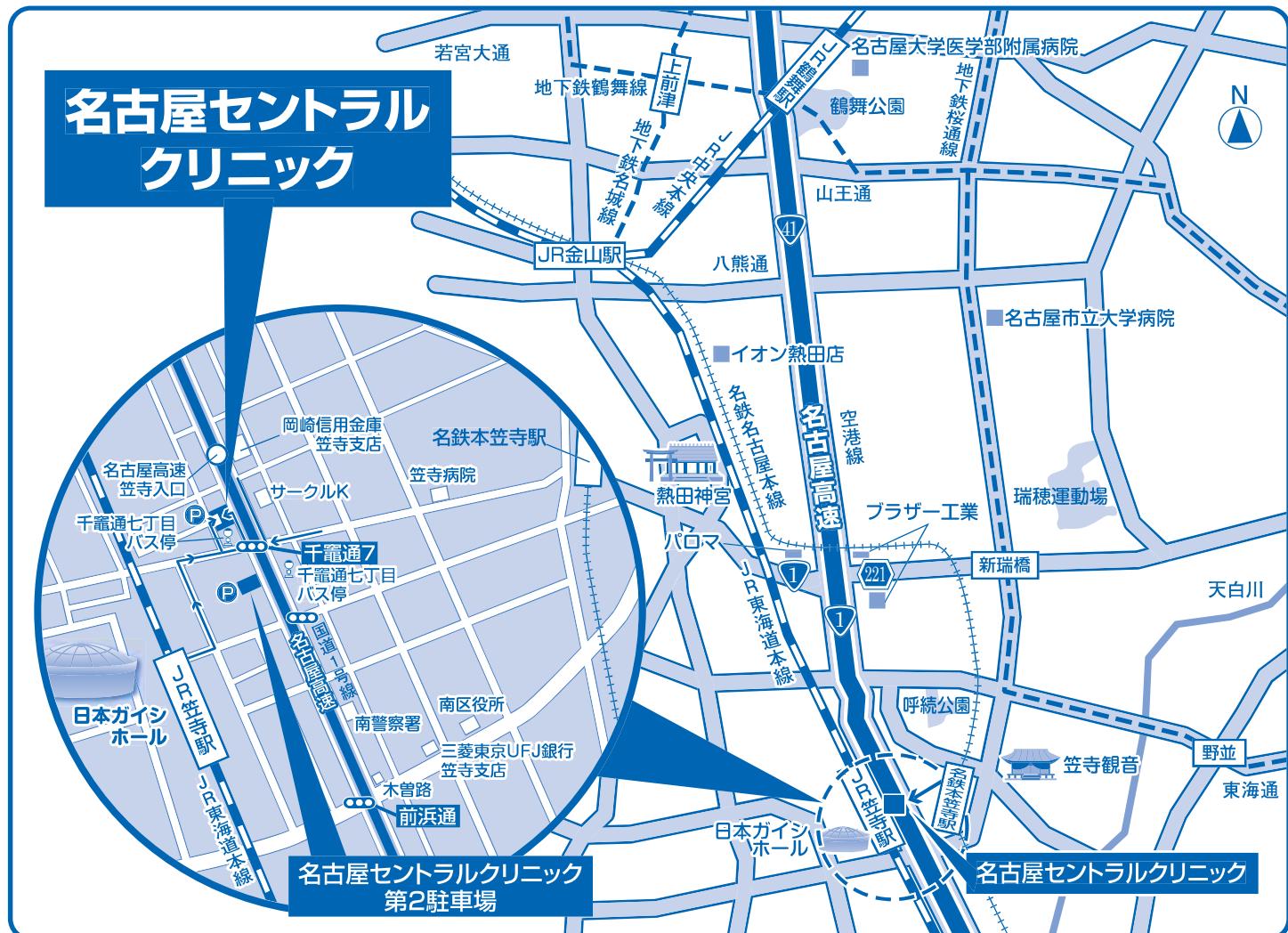
- ◎当日は保険証・CT 検査依頼書をお持ち下さい。
- ◎妊娠又は妊娠の可能性のある方は CT 検査を受診できません。医師・診療放射線技師にお申し出ください。
- ◎当日は20分前に当クリニック総合受付にお越し下さい。予約時間にお越しになれない場合は、当日の検査をお断りする場合があります。ご了承ください。

## 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

# 名古屋セントラルクリニック へのご案内



## アクセス

### 電車の場合

JR東海道本線笠寺駅下車徒歩3分  
名鉄名古屋本線本笠寺駅下車徒歩9分

### バスの場合

金山バス停で乗車後市バス金山18号系統千鶴通七丁目  
バス停下車すぐ所要時間:約26分

### 自家用車の場合

空港線、国道1号線沿い、名古屋高速笠寺入り口すぐ横。

### カーナビで検索の際は

なごやしみなみくち かまとおり  
名古屋市南区千鶴通7丁目16番地の1

医療法人 名翔会

# 名古屋セントラルクリニック

内科／消化器科／循環器科／呼吸器科／婦人科

〒457-0071 名古屋市南区千鶴通7丁目16番地の1  
TEL 052-819-1850 FAX 052-824-0655

名古屋セントラルクリニック駐車場 32台  
第2駐車場 34台

