



MRI検査予約依頼票

申込日 年 月 日

長田病院 予約専用連絡先 TEL: 0944-72-3713 FAX: 0120-261-233	医療機関名 (担当医)
--	----------------

フリガナ 患者氏名 男・女 生年月日 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 (歳)	住所 TEL
--	-----------

医療保険	☐ 国保 ☐ 社保(本人・家族) ☐ 後期 ☐ 障害 ☐ 自賠 ☐ 労災 ☐ 自費 ☐ その他 ()
------	---

検査目的の詳細(病名・病歴・臨床症状等)

検査日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分
------	---------------------

検査部位 ☐ 頭部 ☐ 腹部MRCP ☐ 前立腺 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 肩 右・左 ☐ 膝 右・左 ☐ その他 ()	造影検査 有 ・ 無 腎機能 Cre () BUN () 採血日(年 月 日)
---	---

下記に該当する場合は検査が出来ません

☐ 妊娠 ☐ ペースメーカー ☐ 頭部シャント ☐ 人工内耳
--

診察依頼	☐ 検査のみ ☐ 診察+検査 → ※診療情報提供書の添付をお願いします(必須)
------	--

氏名 様		※検査時間の30分前までにご来院ください	
食事 可 ・ 不可			
検査日時	年 月 日 午前・午後 時 分		

長田病院 予約専用連絡先

〒832-0059 柳川市下宮永町523-1
TEL: 0944-72-3713

MR I 検査予約票（検査を受けられる方へ）

下記に該当する方は検査できません！！

ペースメーカー・人工内耳・頭部シャント・妊娠中

下記に該当する方は検査できない場合があります
医師か看護師に申し出てください

- ・今までに手術を受け、体内に金属が入っている人
(脳動脈瘤クリップ、人工骨頭、人工関節など)
- ・心臓人工弁置換術や心臓ステント術を受けた人
- ・閉所恐怖症の人
- ・腰痛等で長時間（30分以上）仰向けになれない人
- ・刺青をしている人
- ・インプラントが磁石式になっている人
- ・血糖測定センサー（リブレセンサー）を貼っている人
- ・経皮吸収貼付剤を貼っている人

(ノルspanテープ・ニトロダームテープ・ニコチネルテープ・ニュープロパッチテープ)

下記のものはロッカーに入れるか、付き添いの方に預けてください

金 属 類／カギ・ヘアピン・財布・メガネなど

装 飾 品／入れ歯・歯の矯正器具・アクセサリー・マグネットネイル

ウィッグ・カラーコンタクトレンズ（ケースを持参してください）など

精密機械類／時計・補聴器・携帯電話 など

そ の 他／カード類・使い捨てカイロ・エレキバン・湿布・置き針 など

※原則として検査着に着替えていただきます

〒832-0059 福岡県柳川市下宮永町523-1

医療法人 清和会 長田病院

TEL 0944-72-3713