

委託検査 案内書

氏名 _____ 様

予約日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分

〈検査を受けられる患者様へ〉

- ・検査当日は予約時間の 15 分前までにお越しいただき、放射線科受付にこちらの用紙又は検査予約票（診療情報提供書）を提出して下さい。
- ・予約の変更、予約時間に遅れる場合、来院できない場合はお早めにご連絡ください。

〈当日ご持参いただくもの〉

- ・委託検査依頼票（診療情報提供書）
- ・MRI 問診票（MRI 依頼時）
- ・MMG 問診票（MMG 依頼時）

〈検査についての注意事項〉

	CT 検査	MRI 検査	MMG 検査
時間	・検査時間は 10 分程度。	・検査時間は 30 分程度。	・検査時間は 10 分程度。
食事	・腹部 CT 検査を受けられる方は検査 4 時間前より絶食をお願いします。 ・水・お茶は検査前まで飲水可能です。 ・それ以外の検査を受けられる方に制限はありません。	・骨盤 MRI 検査を受けられる方は検査 4 時間前より絶食をお願いします。 ・水・お茶は検査前まで飲水可能です。 ・それ以外の検査を受けられる方に制限はありません。	・制限はありません。
注意事項	・妊娠中、または妊娠の可能性のある方は検査を行うことができません。 ・腹部 CT・腰椎 CT 検査依頼で、検査前一週間以内にバリウム検査を受けた方は検査を行うことができません。	・ペースメーカー、人工内耳などの精密機器が体内にある方は検査を行うことができません。 ・手術等で金属が体内にある方は検査を行うことができない場合があります。 ・磁石式の入れ歯・インプラントを装着されている方は事前に歯科医に MRI 検査ができるかご確認ください。 ・刺青やアートメイクをされている方はやけどや変色の可能性があります。	・妊娠中、または妊娠の可能性のある方、授乳中・断乳後 1 年以内の方は検査を行うことができません。 ・豊胸手術をされている方、ペースメーカー、VP シャント、CV ポート等が入っている方は検査を行うことができません。



医療法人 純正会 小牧第一病院

〒 485-0029

愛知県小牧市中央 5 丁目 39 番地

TEL : 0568-54-8501 (検査依頼専用)