

MRI検査依頼状(診療情報提供書)

年 月 日

I D

紹介元医療機関名

フリガナ

患者氏名

所在地

生年月日

TEL

住 所

FAX

TEL

担当医師名

印

検査日	年 月 日 () <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM :
-----	---

- ・ 当日は、検査予定時間の**15分前迄**に一橋病院総合受付までおいで下さい。
- ・ 持参いただくもの ①予約票(本票) ②照射録・診療情報提供書 ③健康保険証
※一橋病院の診察券をお持ちの方は、④診察券 もご持参下さい。

【検査を受ける時に気をつけること】

検査当日の食事は、普通にとりください。ただし、検査内容によっては、絶食の指示を受けることもあります。

現在服用中のお薬は、特に指示がない限り通常通り服用してください。

乳幼児から老人まで誰でも検査を受けることができます。

通常、人体に対する影響はありませんが、強い磁石と電波を使います。

【次のような方は、検査を受けられない場合がありますので事前にお知らせください。】

- ◎ 神経刺激装置を使用されている方
- ◎ 心臓ペースメーカーを入れている方
- ◎ 動脈瘤クリップや人工関節などの金属が体内にある方
- ◎ インプラント治療の埋め込みボルトが入っている方
- ◎ 人工内耳、可動性義眼を入れている方
- ◎ 金属製のステントやフィルター、コイルが入っている方
- ◎ 外傷などにより眼に金属片が入っている方
- ◎ 外科手術を受けたことがある方
- ◎ 妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方
- ◎ 避妊リングを入れている方
- ◎ 閉所恐怖症の方

【予約時間について】

- 予約時間に来院できない場合や、検査のキャンセルを希望される場合は、一橋病院地域連携室へお早めにご連絡下さい。
- 当院は救急指定病院です。場合により救急患者様を優先し予約時間に検査を行えないことがありますのでご了承ください。

交通機関のご案内

- 西武多摩湖線 一橋学園駅より徒歩8分
- 西武線 小平駅より国分寺北口駅行き
バス 10分 一橋病院前下車



医療法人社団 武蔵野会
一橋病院

〒187-0045 東京都小平市学園西町1-2-25
TEL 042-343-1311 FAX 042-347-3307