

MRI検査 予約確認票(患者様用)

MRI検査 予約確認票(患者様用)		ご依頼元	
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

予約日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分
	☆問診などの検査前の準備を行うため、検査の20分前にはご来院ください ☆予約のキャンセル・変更時は、当院(06-4397-7850)にご連絡をお願い致します

検査当日にご持参いただく物	保険証・各種医療受給者証(老人保険医療受給者証など)・MRI検査依頼書
---------------	-------------------------------------

検査についての注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ペースメーカー(MRI対応も含む)・除細動器・刺激電極・人工内耳などの精密機器が体内にある方・妊娠中もしくは可能性のある方は検査を施行できません。 ・金属が手術などで体内にある方は場合によって検査が施行できません。MRI検査ができるか、ご確認ください。 ・磁石式の入れ歯・インプラントを装着している方は、歯科医にMRI検査ができるか、ご確認ください。 ・検査前にアクセサリやカイロ、貼り薬、金属の付いているかつら、ウィッグ、下着類など取り外していただきます。ロッカーをご用意していますので、検査着に着替えていただきます。 ・刺青でやけど・変色する可能性があり、検査を中止する場合があります。 ・カラーコンタクトをされている方は、検査前に外していただきますのでケース・保存液をご持参下さい。 ・腹部検査の方は、検査4時間前より絶食をお願い致します。水・お茶は飲んで頂いても大丈夫です。 ・前立腺・膀胱MRI検査時は尿を貯めて検査をする為、受付時間の30分前よりトイレに行かないようお願い致します。無理な方はご相談ください。 ・検査データは当日CD-Rにて患者様にお渡し致します。CD-R代として、300円実費にてお願い致します。 ・検査結果報告書は、後日郵送にてご依頼の医療機関にお送りさせていただきます。
-------------	--

<p>診療時間・アクセス</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">診療時間</th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9:00~12:00</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>13:00~16:00</td> <td>○</td> <td>△</td> <td>/</td> <td>△</td> <td>/</td> <td>△</td> <td></td> </tr> <tr> <td>16:00~19:00</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>/</td> <td>○</td> <td>/</td> <td>/</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>* △ 完全予約制です。 休診日：水・金午後 / 日・祝</p> <p>☎06-4397-7850</p>	診療時間		月	火	水	木	金	土	9:00~12:00	○	○	○	○	○	○	○	13:00~16:00	○	△	/	△	/	△		16:00~19:00	○	○	/	○	/	/		<p>〒538-0052 大阪府大阪市鶴見区横堤1-12-12</p>
診療時間		月	火	水	木	金	土																										
9:00~12:00	○	○	○	○	○	○	○																										
13:00~16:00	○	△	/	△	/	△																											
16:00~19:00	○	○	/	○	/	/																											