

予約票 (MRI 検査)

氏名	様
予約日時	年 月 日 時 分
検査部位	
ご依頼元の医療機関	様

- ・当日は**必ず予約時間の 15 分前まで**にお越しください。
- ・**本票、MRI 検査の問診・同意書、MRI 検査依頼書**を必ずお持ちください
- ・MRI 室内全体が強い磁場を持つため、**金属類を身につけての入室はできません。**
(貴重品などの金属類は鍵付きのロッカーへ入れてから MRI 室へ入室していただきます)
- ・検査中は狭いトンネルの中に入り、工事現場の様な大小さまざまな音がします。
(気分が悪くなったり体調の変化を感じたときは**緊急ブザーでお知らせください**)
- ・お食事や水分、お薬などの制限は特にありませんのでご安心ください。
- ・**ヒートテック等の衣類は発熱の報告例があります。着用は避けてください。**
(着用されていた場合は、**必ず検査前に脱いでいただいております**)
- ・コンタクトレンズの方は、**眼鏡か使い捨てコンタクトレンズをお持ちください。**
(安全のため検査前にコンタクトレンズは外していただいております)
- ・なるべく軽めのお化粧品でお願いいたします (安全のため**マスカラやアイシャドウ等のメイクは検査前に落としていただく場合があります**)。
- ・**検査時間**は検査目的や部位により異なりますが、目安として **15 分から 30 分**です。
- ・その他、検査に関してご不明な点などがございましたら下記までご相談ください。

K kuwana
ophthalmology+
neurosurgery
clinic

桑名眼科脳神経クリニック

〒411-0911 静岡県駿東郡清水町久米田 27-1 TEL 055-975-2200 FAX 055-975-2311

