

# MRI・CT・エックス線検査依頼票(診療情報提供書)

セントゼビアクリニック

〒242-0017 大和市大和南2-6-8 大和南メディカルモール1・2F  
 ☎046-204-7473 FAX046-204-9626

|                              |            |                             |   |       |                        |   |   |    |
|------------------------------|------------|-----------------------------|---|-------|------------------------|---|---|----|
| ID                           |            |                             |   | 予約日   | 年                      | 月 | 日 | 曜日 |
| フリガナ                         |            |                             |   | 予約時間  | 午前                     | 時 | 分 |    |
| 氏名                           | 男・女        |                             |   |       | 午後                     |   |   |    |
| 生年月日                         | M・T<br>S・H | 年                           | 月 | 日     | ※上記検査予約時間の10分前に御来院ください |   |   |    |
| 連絡先                          | 昼間         | ( )                         |   | 医療機関名 |                        |   |   |    |
|                              | 夜間         | ( )                         |   |       |                        |   |   |    |
| 住所                           | カルテと同      |                             |   | 指示医師名 | 先生                     |   |   |    |
| <input type="checkbox"/> MRI |            | <input type="checkbox"/> CT |   |       |                        |   |   |    |

予約時間の10分前にはご来院頂きますようお願いいたします

## 重要な内容です。ご一読ください。

※ 注意事項  
(MRI検査の方)

- ・腕時計、補聴器、携帯電話、キャッシュカード、定期券、カイロ、エレキバンは検査室に持ち込みできません。
- ・カラーコンタクトレンズをご使用の方は、熱傷の可能性があるため検査当日は眼鏡等での来院をお願い致します。
- ・機能性素材(ヒートテックなど)の衣服は火傷の可能性がありますので検査当日のご使用は控えてください。
- ・金属粒子などの入った化粧品などは検査前に落としていただく場合があります。

※ 当日ご用意いただくもの

○ 健康保険証

○ 診療情報提供書

※ 食事・お薬について

医師から処方されたお薬は、特に指示がない限り服用して頂いて問題ありません。

造影剤を使用する場合は、検査の4時間前から絶食をお願い致します。お水やお茶などの飲料はお飲み頂いて問題ありません。

