

# MRI・CT・エックス線検査依頼票(診療情報提供書)

ライラッククリニック

〒242-0004

大和市鶴間2-11-29第2大和クリニックモール1F

☎046-204-5551

FAX046-204-5586

ID		予約日	年	月	日	曜日
フリガナ		予約時間	午前	時	分	
氏名			午後			
生年月日	M・T S・H	年	月	日	歳	※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 ( ) 自・勤 夜間 ( ) 自・勤					医療機関名
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

- ※ 注意事項(MRI検査の方)
- ・検査室に持ち込めない貴金属類等を身に着けている方は、検査前に外していただき、こちらが用意した検査着に着替えていただきます。
  - ・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。
  - ・アイライン等、材質に金属が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。
  - ・その他処置、手術で金属を埋めこんでいる方は、検査が受けられない場合がございますので、ご不明な点がございましたらご連絡下さい。

※ 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構いません。

腹部、骨盤腔および造影剤を使用する検査では、検査の3時間前から絶食をお願い致します。お水やお茶などの味の無い飲料はお飲み頂いて構いません。

骨盤腔の検査(前立腺は除く)では蓄尿をして検査を行いますので、検査1時間前よりお手洗いはお控えください。

## アクセスマップ(地図)

