

## 関西メディカル病院 MRI 検査のながれ

① チェックリストをご確認の上、検査依頼票をご記載いただき FAXまたは下記にお電話ください。

FAX番号： 06-6836-1196

電話番号： 06-6836-1195（地域医療連携室直通）

② 予約受付完了後、折り返し当院より予約票を送信いたします。

③ 患者様に予約票をお渡しください。

④ 患者様は当日、予約票等をご持参のうえ、ご来院ください。当院の医師が依頼内容確認の問診の上、検査させていただきます。

検査終了後、CD-Rは患者様へ、読影所見については後日郵送しております。

※撮影時の金属音に抵抗のある方は、撮影時間が長くなりますが頭部MRIに限り、サイレントモードをご選択いただけます。

### 検査前のチェックリスト

下記に当てはまる場合は、予約時にご連絡ください。

場合によっては検査を受けられない場合があります。

- ◆ 心臓ペースメーカー ・ ICD ・ CRT-D
- ◆ 人工内耳
- ◆ 体内インシュリンポンプ・髄液シャント・脳動脈ポンプ
- ◆ 上記以外のインプラント類
- ◆ 磁力で装着する義眼・入れ歯
- ◆ 妊娠の可能性のあるかた
- ◆ 未就学児・認知症のかた
- ◆ 閉所恐怖症のかた・動かないでいることが難しいかた
- ◆ 刺青のあるかた・アートメイクをされているかた

造影MRIの場合、下記に当てはまる方はお断りしております。

- ◆ ガドリニウム過敏症（造影剤アレルギー）のかた
- ◆ 気管支喘息のかた
- ◆ 透析中の方または腎機能の悪いかた

検査前3か月以内の血液検査データのコピーをご用意ください。

受付時間 《月・火・水・金》 8:30~19:30 《木》 8:30~17:00  
《土曜日》 8:30~12:30 《日・祝日》 受付業務なし

※FAXは24時間対応ですが、時間外受付は翌診療日対応となります。