

MR I 検査を受けられる方へ（堺咲花病院用）

氏名	様	検査予約日時	月	日（ ）	時	分
----	---	--------	---	------	---	---

□ お持ちいただく物

1. 紹介状（その他、主治医からお預かりになった物があればお持ちください。）
2. 健康保険証
3. 費用 単純検査 7,000～8,000円（3割負担）
造影検査 13,000～15,000円（3割負担）
※ 検査の内容によって、費用が異なる場合がございます。

□ 検査当日の流れ

1. 検査当日は、予約時間の20分前に1Fの『総合受付』へお越してください。
2. 受付終了後、1階の『放射線科受付』へ移動していただきます。
3. 検査時間は約15～30分です。
4. 画像は患者様にお持ち帰りいただきます。次回診察の時に主治医へお渡してください。
5. 検査終了後、1Fの『会計窓口』の前でお待ちください。

□ 検査における注意事項

1. 強力な磁場の中で検査を行うため、心臓ペースメーカー・人工内耳がある場合は、検査を行えません。また、脳内クリップ・血管内ステントがある場合は、検査が可能であるかの判断を手術を実施した医療機関へご確認いただきますようお願いいたします。
2. 腹部検査は、当日、絶食にてお願いいたします。
 - ・午前の検査の場合：朝食は食べないでください。
 - ・午後の検査の場合：昼食は食べないでください。※ 心臓のお薬や血圧のお薬を飲んでいらっしゃる方は、主治医の指示通りに飲んでください。
3. 腹部検査の場合、腸の動きを抑える注射をすることがあります。
4. 造影検査の場合、お薬によるアレルギー・喘息・重篤な腎機能障害・重篤な肝機能障害の方は造影剤による副作用が発生する頻度が高いため、原則禁忌となっています。しかし、上記疾患がない方でも、副作用が発生する恐れがあります。上記の疾患をお持ちの方は、主治医、または検査担当者へお申し出ください。
5. 検査を行う部位、またはその周囲に金属等（インプラント、刺青等）がある場合、鮮鋭な画像の撮影が出来ません。取り外しが可能な物は外していただきます。
6. コンタクトレンズは、検査前に取り外していただきますので、ケース等の準備をお願いいたします。（コンタクトレンズには、金属が含まれている場合があります、装着したまま検査を受けると、目に傷がつく恐れがあります。）

□ ご予約の変更・キャンセル

ご予約を変更、またはキャンセルする場合は、堺咲花病院までご連絡をお願いいたします。

社会医療法人 啓仁会 堺咲花病院

〒590-0132 堺市南区原山台2丁7番1号

TEL 072-295-8833 FAX 072-294-7700

URL <http://www.sakibana-hospital.com>