

近隣の医療機関の皆様へ

MRI 装置ご利用のご案内

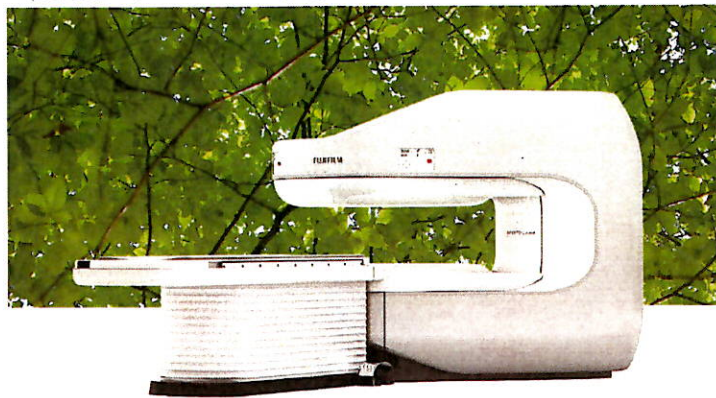
当院ではこのたび最新の MRI 装置を導入いたしました。オープン型となっており、狭いところが苦手な方も安心して検査を受けていただけます。また、寝台の可動域が広く、楽な姿勢で検査が可能です。画像は CD-R に焼いてお渡しします。放射線科医が読影し、読影結果は後日郵送でお送りします。MRI 検査が必要な患者様がおられましたら、ぜひご利用ください。

ご予約はお電話にて受け付けております。予約表、MRI 検査の問診票は当院のホームページ (<https://www.kondo-hp.com/>) よりダウンロードしてご使用ください。

TEL : 088-663-0020 FAX : 088-663-0399 担当 (久保・横山・一原)

——— 最先端の機能を最大限の優しさで ———

最新型のMRI装置を導入いたしました



富士フイルムヘルスケア社製 オープンMRI
APERTO Lucent Plus

当院のMRI の特長

- 一般的なMRIと違い、広い空間で検査が出来ます。
- 検査音が静かなので、安心して検査ができます。
- 寝台は幅の広い設計になっており、楽な姿勢が可能です。

【対象疾患】

- ① 整形外科領域 ② 脳神経領域

【担当医】

放射線読影医 (尾崎享祐、谷勇人、堀安裕子)

整形外科 (島川建明) 神経内科 (藤田浩司、近藤彰)

MRI 検査予約票

患者様氏名 _____ 様

検査日時 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時 _____ 分

※検査の 15 分前までに受付にお越し下さい。

◇検査を受けられる方へ

- ・腹部の検査を受けられる方は検査が午前の時は朝食を、検査が午後の時は昼食を抜いてお越し下さい。
- ・腹部以外の検査は食事に制限はありません。

◇当日持参していただく物

- ・紹介状
- ・MRI 検査予約票 (この用紙)
- ・MRI 検査問診票
- ・健康保険証

◇交通のご案内

- ・所在地

〒770-8008

徳島市西新浜町 1 丁目 6 番 25 号

近藤内科病院

- ・バスでお越しの方

(徳島市バス：南循環)

徳島駅→希望の郷前停留所 徒歩 1 分

- ・タクシーでお越しの方

徳島駅 → 当院 (15 分 約 1300 円)

徳島空港 → 当院 (40 分 約 4500 円)



MRI 検査問診票

① 今までに MRI 検査をしたことがありますか？ はい いいえ

② 既往歴について

◆禁忌項目

| | | |
|-----------|-----------|------------|
| 心臓ペースメーカー | <u>はい</u> | <u>いいえ</u> |
| 人工内耳 | <u>はい</u> | <u>いいえ</u> |

◆確認項目

| | | |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| 体内に手術で医療器具類の埋め込み | | |
| 体内に金属(手術でのプレート、人工関節、外傷により金属片等)が入っている | <u>はい</u> | <u>いいえ</u> |
| 入っている場合は具体的に記載() | | |
| 約 _____ 年前 _____ で施行 | | |
| 妊娠中 | <u>はい</u> | <u>いいえ</u> |
| 刺青(イレズミ) | <u>ある</u> | <u>ない</u> |
| 閉所恐怖症 | <u>ある</u> | <u>ない</u> |

◆その他

③身につけていると危険なもの(壊れたり、事故につながるもの)

| | | |
|----------------------------------|-------------|-----------|
| 時計、携帯電話、ブレスレット、指輪、ピアス、ネックレス | <u>はずした</u> | <u>ない</u> |
| 補聴器、メガネ、コンタクトレンズ | <u>はずした</u> | <u>ない</u> |
| 入れ歯、インプラント、差し歯、カツラ、ヘアピン | <u>はずした</u> | <u>ない</u> |
| カイロ、サロンパス、湿布、エレキバン、他の貼り薬 | <u>はずした</u> | <u>ない</u> |
| 財布、カギ、キャッシュカード、クレジットカード | <u>はずした</u> | <u>ない</u> |
| コルセット、ブラジャーなど金属の付いている下着、ヒートテックなど | <u>はずした</u> | <u>ない</u> |
| フェイスマイク(種類により熱をもち、火傷する可能性あり) | <u>おとした</u> | <u>ない</u> |

MRI 検査同意書

このたび MRI 検査について説明を受け、検査を受けることに同意します。

患者氏名: _____

記載日(検査日): _____ 年 月 日