

CT・MRI検査を受けられる方へ

聖母病院 放射線科
03-3951-1114(直通)

()月()日 ()時()分より検査を行います。

氏名 _____ 殿

次の事項にご留意ください。

1. 検査当日

①腹部や骨盤の検査の方・造影剤を使用する検査の方

午前中の検査の方は朝食を、午後の検査の方は昼食をとらないでください。

水やお茶(砂糖やミルクの入らないもの)は飲んでも結構です。

②上記以外の検査の方には、食事や水分摂取の制限はありません。

- 検査開始 30 分前までにご来院いただき、1階初診受付に紹介状・保険証をお出しになり、お手続きください。その後、地下1階放射線科受付に案内票をお出しいただき、待合所でお待ちください。
- 検査前に、排尿や排便をすませてください。
- 検査時間はおおむね 30 分～1 時間程度です。
- ヘアピン、眼鏡、ネックレス、時計、その他の貴金属類は、検査前にすべて外しておいてください。
- 検査後は食事、入浴など、通常通りにしていただいて差し支えありません。
- 予約を変更なされる場合には、事前にご連絡をお願いいたします。
- 裏面にアンケートがありますので、事前にご記入ください。



交通機関

- 西武新宿線「下落合駅」下車
徒歩 7 分
- 西武池袋線「椎名町駅」下車
徒歩 10 分
- J R 目白駅下車バス西行き
どれでも「聖母病院入り口」下車
徒歩 2 分
- J R 新宿西口バス
丸山営業所行き
「聖母病院前」下車

聖母病院 放射線科

検査を行う前に次の質問にお答えください。

1. 本日、食事はお取りになりましたか。

朝食(はい・いいえ) 昼食(はい・いいえ)

2. 今まで食物や薬品で、アレルギー症状が出たことがありますか。

はい・いいえ (食品・薬品名)

3. アレルギー体質と言われたことがありますか。

はい・いいえ ()

4. 以前にCTやMRIなどで、注射をしながら(造影剤)検査をしたことがありますか。

はい・いいえ

5. その際、注射による副作用が出たことがありますか。

はい・いいえ

6. 気管支喘息や心臓病にかかったことがありますか。

はい ()

いいえ

7. 現在の体重は kg

8. 女性の方へ、現在妊娠していますか。

はい・いいえ

MRI検査の方は、以下の質問にもお答えください

1. 今までに手術を受けられた事がありますか。

はい (手術名: : 年前)

いいえ

2. 体内に金属物が入っていますか。(入れ歯以外で)

はい (場 所:)

いいえ

わからない

3. ペースメーカーを使用していますか。

はい・いいえ

4. 閉所恐怖症と言われた事がありますか。

はい・いいえ

注)以下の物は、検査の前にあらかじめ外しておいてください。

ヘアピン・メガネ・ネックレス・時計・ホックアイロ・エレキバン等・精密機械

ご記入いただいた方のサイン

年 月 日 お名前