

MRI検査予約票（患者さま用）

予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日() _____ 時 _____ 分

患者氏名 _____ 様

予約時刻の30分前までに1階総合受付までお越しください。

お持ちになるもの

- マイナンバーカード(マイナ保険証)または資格確認書(健康保険証)・主治医から預かった書類
お薬手帳 等

お食事制限

- 水・お茶については、とくに制限はありません。

お薬について

- 医師の指示がない限り通常どおり飲んでください。

禁忌事項(検査をお受けできません)

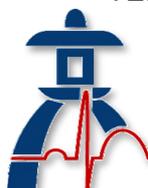
- 今までに体内電子装置を埋め込む手術をしている方(着脱できない体表装置も含む)
例:心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器、可変式バルブシャント、脊髄刺激装置、人工内耳神経刺激装置、インスリンポンプ装置、持続血糖測定器 等
- 磁性体の整形外科用金属、血管クリップ・コイル、1970年以前の心臓人工弁を使用している方
- スtent留置手術を行ってから8週間以内の方
- その他MRI検査非対応の体内金属がある方
- 重度の閉所恐怖症の方
- 30分安静にしていることが出来ない方
- 磁石式歯科インプラントを使用している方
- 次のものが検査部位もしくは周辺にある方は主治医にご相談ください
例:刺青、体内置き針、美容金糸、避妊リング、銃弾破片等

ご都合が悪くなった場合や質問等がございましたらお気軽に下記までご連絡ください。



お問い合わせ先

心臓血管センター金沢循環器病院
〒920-0007
石川県金沢市田中町は16
TEL 076-253-8088
(放射線部直通)



心(ハート)に届けたい想いがある

2025.11