

# オープン検査予約票 放射線科（患者様検査説明用紙）

患者様のご芳名	様
貴院名	
主治医のご芳名	先生

あなたの検査部位は

（主治医の先生がご記入ください）

あなたの検査種類は

1.CT ・ XP(レントゲン)

2.MRI

（主治医の先生がご記入ください）

あなたの検査内容は

1. 単純検査

2. 造影検査

（主治医の先生がご記入ください）

あなたの検査日時は

年	月	日	午前・午後	時	分
---	---	---	-------	---	---

## CT・XP(レントゲン)

①検査予定時間 15 分前に、**新葛飾ロイヤルクリニック総合受付**にお越しく下さい。

②埋め込み型ペースメーカー・除細動器使用の方は、検査を受けられない場合があります。ペースメーカー手帳を技師に提示してください。

③造影検査を受ける方

\*検査前 4 時間は食事をとらないでください。\*水分（お茶等）はとって構いません。

④レントゲン検査を受けられる患者様は、**診療時間内**に**新葛飾ロイヤルクリニック総合受付**にお越しく下さい。

◎ご不明な点、または都合で検査が受けられなくなった場合など下記の施設（放射線科）までご連絡ください。

新葛飾ロイヤルクリニック 03(3697)8333

## MRI

①検査予定時間 15 分前に、**イムスリハビリテーションセンター東京葛飾病院**（旧新葛飾病院）総合受付にお越しく下さい。

②埋め込み型ペースメーカー・除細動器・脳動脈クリップ留置の方は検査が受けられません。

③体内金属が入っている方は場合によっては検査を受けられない可能性があります。

◎ご不明な点、または都合で検査が受けられなくなった場合など下記の施設までご連絡ください。

イムスリハビリテーションセンター東京葛飾病院 03(3697)8331

※保険証をご持参ください。