

CT・MRI・骨密度検査 案内票 放射線科 (患者様用)

患者様の氏名	様	施設名
		主治医名:

あなたの検査内容は、 **CT・MRI・骨密度検査** です。

あなたの検査日時は、 年 月 日 AM・PM 時 分

患者様へ

- [1]検査予定時間15分前に、**イムス東京葛飾総合病院の総合受付**へお越し下さい。
- [2]飲食について

飲食制限:(あり・なし)

(腹部検査の場合、検査の精度を上げるため食事制限が掛かる場合があります)

*** 時 分 以降の食事は禁止になります。**

*** 水分(お茶等)は通常通りお取りください。**

- [3]体内機械および金属、装着治療機器などには検査禁忌の製品が存在します。
ペースメーカー手帳等、医療施設から渡されている手帳・カードなどがありましたら持参してください。

☆ 病院までのアクセス



- ◎検査には、**保険証、検査依頼表** (ご依頼施設からの検査依頼表) が必要になります。
ご不明な点はイムス東京葛飾総合病院：放射線科までご連絡ください。
検査日の変更希望の場合は、ご依頼の施設にご相談ください。
検査依頼・変更には主治医の承諾が必要になります。

イムス東京葛飾総合病院
(代表) 03-5670-9901