

患者さんへお渡しください。

検査を受けられる方へのご案内

受付予約日時
()
検査開始時間ではありません。 午前 午後 時 分

・()の部分の()検査です。
・造影剤は()

・検査の順番は、予約時間や検査内容が優先されます。
来院の順番とは異なりますのでご了承ください。

・「紹介状(診療情報提供書)」「保険証」「検査問診票」などをお持ちの上、受付予約日時までに来院ください。

● 検査の注意事項

体内に植え込まれた医療機器のある方は検査が出来ない事があります。手帳(カード)を必ずご持参ください。

例) 心臓ペースメーカー・除細動器 脳動脈クリップ
人工内耳 等

MRI 検査の方

下記の装飾品等は画像および身体への影響が発生するおそれがあるため事前に外してください。外せない場合は当日検査が出来ない可能性がありますのでご了承ください。

- * ジェルネイル・マニキュア等(手・足)
- * 塗るタイプの毛染め剤・アイメイク(マスカラ・つけまつげ等)
- (* 金属装飾品・コンタクトレンズ→検査直前でも可)

(造影剤使用未定も含む)

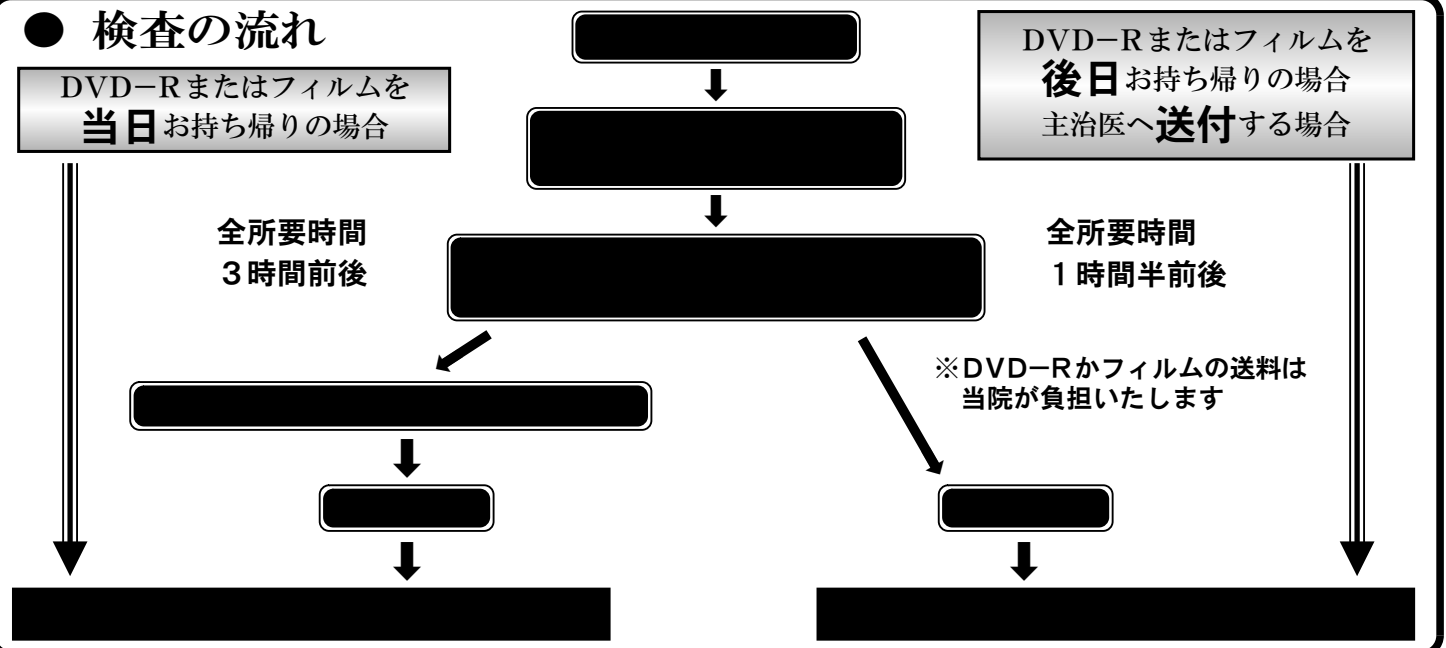
① お食事は予約時間の4時間前までに済ませてください。その後も水分(水とお茶のみ)は摂取可能です。

② 造影剤使用前にリスク評価のため、腎機能の簡易検査や心電図検査を行うことがあります。

(健診結果や、直近の血液検査の結果をお持ちの方はご持参ください)

※糖尿病でCT検査の造影剤「使います」「未定」のビグアナイド系糖尿病薬(メトグルコ、グリコラン、エクメット、メトホルミン塩酸塩等)を服用している方は、糖尿病の主治医に休薬の可否をご相談ください。

● 検査の流れ



- ※1 検査結果の説明は、治療方針と関係するため、主治医の先生から、お聞きいただくことをお勧めしています。
- ※2 画像所見のみ、お知りになりたい方や、主治医の先生のご要請がある方は、事前に受付にお知らせください。
- ※3 画像所見の説明は、原則翌日以降となりますが、詳細は受付にてご確認願います。
- ※4 病状や治療などについての説明はいたしませんので、主治医の先生にお尋ねください。

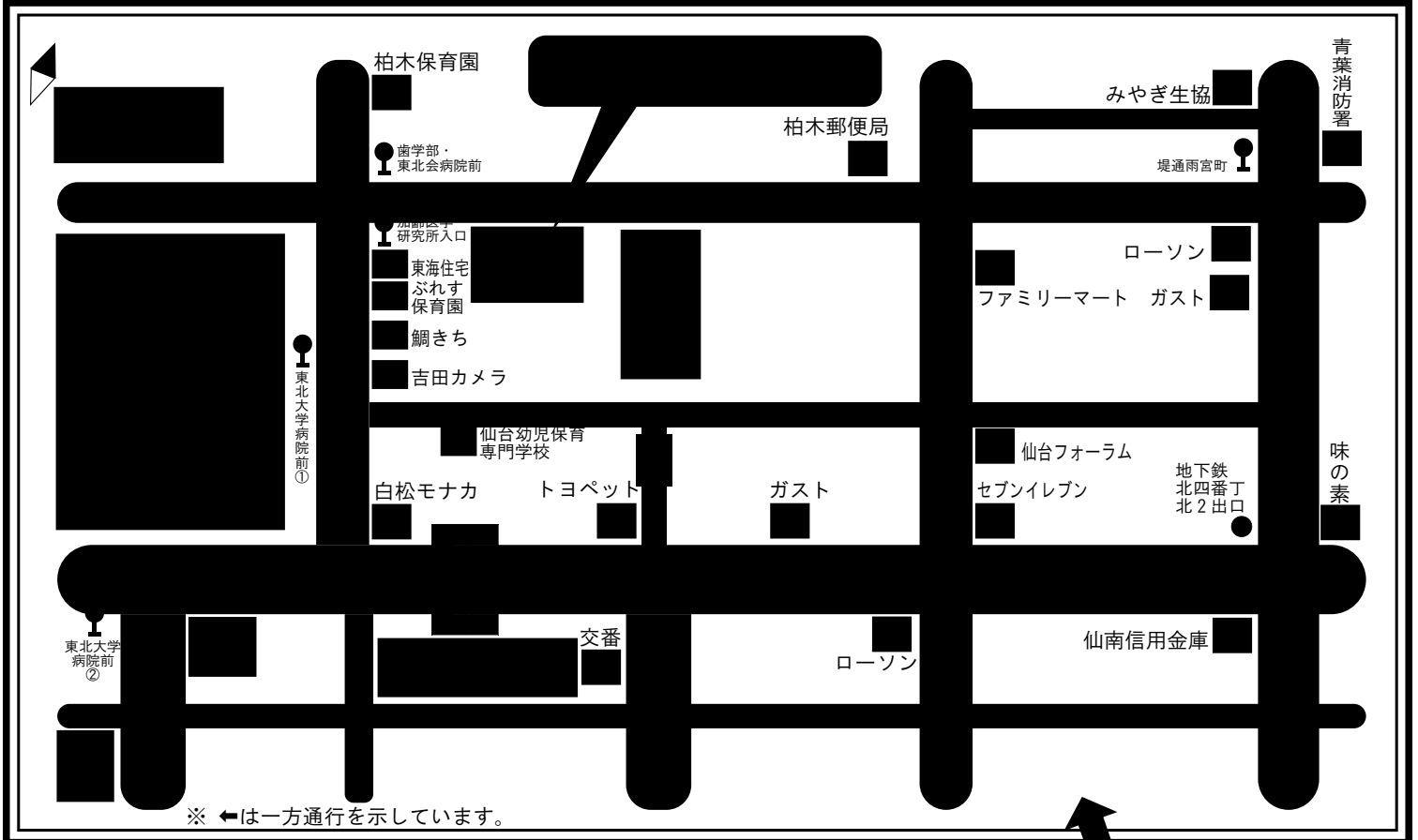
●検査料金のご案内

(令和4年4月診療報酬改定による)

MR I	造影なし	3,000円	5,500円	8,000円
	造影あり	5,000円	10,000円	15,000円
C T	造影なし	2,500円	4,500円	6,500円
	造影あり	4,000円	8,000円	12,000円

※料金は概算です。フィルム枚数、薬剤などにより増減します。

●当院までのご案内



●交通のご案内

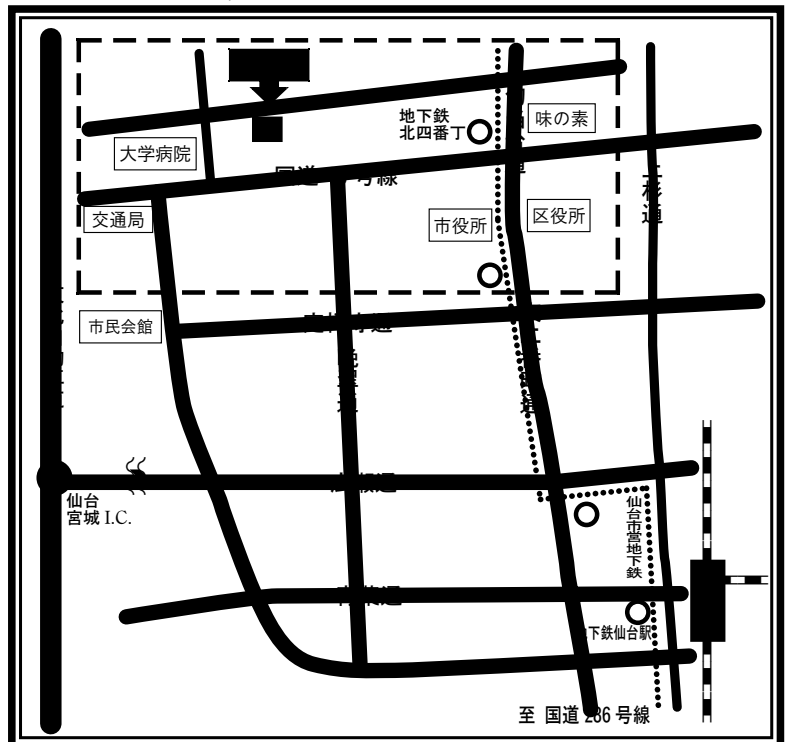
§ 仙台市営バス (のりば: 仙台駅西口バスターミナル)

9	{大学病院前経由} 子平町壽徳寺前、子平町→北山循環(子平町先回り)	東北大学病院前 (徒歩2分) 上記地図のバス停①
14	{山手町・中山経由} 泉ビレジ・北中山・西中山・西勝山	
10	{大学病院・八幡町経由} 作並温泉、白沢車庫、定義、折立・西花苑、茂庭台	東北大学病院前 (徒歩10分) 上記地図のバス停②
15	{大学病院・八幡町経由} 南吉成、貝ヶ森、国見ヶ丘	
9	{広瀬通経由} 交通公園・川内営業所、交通公園循環	
13	{北仙台経由} 桜ヶ丘、宮城学院	堤通雨宮町 (徒歩10分)
	{北仙台・川平団地経由} 長命ヶ丘、北中山・西中山	

§ 地下鉄 北四番丁駅下車 (徒歩10分)

§ 駐車場 18台駐車可※満車の場合は受付へお問い合わせください

周辺拡大図



ふりがな 氏名	男・女	現在の体重は何kgですか 体重()kg
Family (Last) Name(姓)	First Name(名)	Middle Name
生年月日	大・昭・平・令・西暦	年 月 日 才
〒	TEL	
住所		職業

1. 手術を受けたことがある方は、当てはまるものに○や記入をしてください。

- 頭（脳動脈瘤クリップ・水頭症用シャント・人工内耳・その他：手術日：）
※MRI検査の場合：圧調整が必要なシャントが入っている方は調整日に合わせた予約が必要です。人工内耳は当院では対応不可です。
- 心臓（心臓ペースメーカー・除細動器・心臓モニター（ ）手術日：）
→植込み部位：左胸・右胸・腹部 ※受付に手帳・カードをお出しください
- 体内に**金属**を入れる手術（ステント・人工関節・、部位：、手術日：）
- その他：胆のう摘出（手術日：）、虫垂炎（盲腸）（ ）、（ ）
乳がん（右・左）（ ）、（子宮・卵巣）摘出（ ）、（ ）

2. 薬剤で具合が悪くなったことがあれば○をつけてください。

- 注射の造影剤（病気の部分を詳しく調べるためのお薬）：(MRI検査・CT検査・)の時
- 造影剤以外（薬剤名）
→その時の症状（ショック・嘔吐・吐き気・じんましん・その他：）

3. 今まで指摘されたことがあるものに○をつけてください。

- 腎臓病→透析中である(シャント：右・左) 高血圧 緑内障 膠原病
- 糖尿病（薬の名前）
- ぜんそく(小児期含む) アレルギー性鼻炎/花粉症 副鼻腔炎 じんましん
- けいれん てんかん 甲状腺疾患（病名） 胆石
- 前立腺肥大・前立腺がん 婦人科系疾患（乳がん・子宮筋腫・卵巣腫瘍・）
- その他（病名）

4. 安全に検査を行うための項目です。当てはまるものに○をつけてください。

- 入れ墨（タトゥー）がある（背中・四肢・眉・アイライン・その他）
- 狭い所に入ると不安になる→ 鎮静剤利用を希望する（※使用後運転はできません）
- 一週間以内にバリウム検査をした（ 月 日）

以下女性のみお答えください：

- 妊娠中（ 週）、 授乳中
下腹部・骨盤検査の方：最終月経 月 日～ 月 日（周期 日・不順・閉経・術後）

5. 装着しているものに○をつけてください。

- コンタクトレンズ 入れ歯・歯科用インプラント 補聴器 義眼 子宮内避妊用具
- かつら・つけ毛（ウィッグやヘアピース等） 貼り薬・湿布・耳つぼ 治療針・美容用金糸など
- ネイルアート（ジェルネイル・マニキュア等 ※） 指輪・ピアス

MRI検査の方へ：以下のものは安全性確保および画像への影響が発生するため外して来院ください。
「ジェルネイル・マニキュア」、「パウダーや部分的に塗るタイプの毛染め剤」、「アイメイク（マスカラ・つけまつげなど）」

6. 上記すべてに当てはまる項目はない