検査依頼時チェック項目

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日

≪MRI/CT検査 共通禁忌事項≫	当てはまる項目にチェックして下さい	
・妊娠初期3ヶ月もしくは妊娠の可能性	□無　□有	有の場合は原則検査不可

≪MRI検査 禁忌事項≫	当てはまる項目にチェックして下さい	
・体内埋込型医療機器 （ペースメーカー、ICD、ICM、神経刺激装置）	□無　□有	有の場合は検査不可
・人工内耳、中耳、取り外せないマグネット医療機器	□無　□有	
・体内金属（脳動脈クリップ、ステント、義眼、人工関節、バルブ式シャント、骨固定金属、その他） ※インスリンポンプ、持続血糖値測定等は外して検査可能です。	□無　□有	有の場合　体内金属（　　） 部位（　　）　術後（　　）年 ※時期や素材によっては検査出来ない場合もあります。
・タトゥー、刺青、アートメイク、カラーコンタクトレンズ アイシャドウ、マスカラ、スーパーミリオンヘアー等 顔料に金属を含む物	□無　□有	タトゥー・刺青、アートメイクは火傷の恐れがあります。検査中異常があった場合は中止します。

≪CT検査 禁忌事項≫	当てはまる項目にチェックして下さい	
・体内埋込型除細動器（ICD）	□無　□有	ICDが撮影範囲内にある場合は検査不可 ※ペースメーカーは検査可能です。

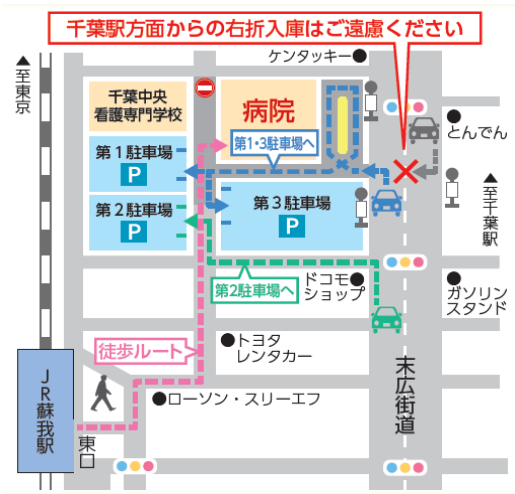
≪検査当日の患者さん持参書類≫
・検査依頼時チェック項目（本紙）、予約票、診療情報提供書（検査依頼票）、健康保険証、診察券・各種受給者証（お持ちの方）

◆ 交通のご案内 ◆

◎JR千葉駅下車
小湊バス③番乗り場
中央バス②番乗り場(花輪行)
共に15分　千葉メディカルセンター下車

◎JR蘇我駅
東口下車徒歩 約6分

◎京成千原線
千葉寺駅下車徒歩 約10分



医療法人社団　誠馨会
千葉メディカルセンター　地域医療連携室
TEL　043-261-8199（直通）
FAX　043-261-6899（直通）
月～金曜日　9:00～17:00、土曜日　9:00～12:00