独立行政法人国立病院機構 いわき病院

Ⓒ

MRI検査予約票（共同利用ご本人用）

いわき 太郎 様

検査日は　2026年10月9日　10時00分　です。

□ この用紙と撮影依頼表を持参し10分前までにいわき病院放射線科にて受付してください。
放射線科へご案内いたします。

□ 放射線受付後、呼ばれるまでお待ちください。

☆指定する時間帯はあくまで目安です。救急患者等前の方の状況次第で待ち時間ができる場合があります。

＜当日　検査前＞

○ 水分:（ 飲んでもいいです ・ 検査前1時間は飲まないでください ）

○ 食事 :（ できます ・ できません 朝 / 昼 ）

○ 内服薬:（ 飲んで ・ 飲まないで ）ください。

○ 排尿:（検査前に済ませて下さい ・ 膀胱に尿をためた状態でお待ちください）

＜検査後＞

○ 気分不快がなければ飲食することができます。

＜注意事項＞

☆ 検査中の事故や器械の故障を防ぐため、
検査前に貴金属類・磁気類を取り外していただきます。
（MRI検査の問診用紙 Ⓑ を必ず確認してください。）

☆ 眼鏡・義歯・補聴器・コンタクトレンズをお持ちの方:専用容器を御持参ください。

＜お持ちいただくもの＞

1. Ⓑ 問診用紙 （安全確認のためです）
2. Ⓒ この用紙 （本人確認のためです）
3. Ⓓ 撮影依頼表（撮影部位確認のためです）

＜連絡＞キャンセルや遅れる時は下記にご連絡ください。

平日 8:30～17:00 ☎ 0246-88-8202（放射線科直通）

ご本人住所	
緊急時の連絡先	TEL　　お名前

撮影前説明受諾サイン
（担当技師と一緒に再確認した後サインしてください）