MRI対応心臓植込みデバイス患者　MRI申込書

・当院での植込みまたは、当院で植込みデバイスを管理されている患者様のみとなります。
・必ず、ペースメーカー手帳とMRIカードの確認をお願いします。（当日手帳とカード両方を持参）
・予約日は１週間後以降の平日の 14 時～16 時の間で、必ず第3希望まで記入ください。
・予約が確定し次第、当院より患者様へ連絡します。下記に連絡先をご記入ください。
・不明な点がありましたら、下記の鹿児島生協病院放射線室にお問い合わせください。

患者名（カタカナ）	
検査部位	
造影の有無	有　・　無
第1検査希望日	20　年　月　日　時ごろ
第2検査希望日	20　年　月　日　時ごろ
第3検査希望日	20　年　月　日　時ごろ
MRI対応不可の金属等	有　・　無
対応不明の金属等	有　・　無
患者様　連絡先　電話番号	

※MRI対応不可の金属等がある場合は検査不可です。
※MRI対応不明の金属等がある場合には、検査日までにMRI対応であるかの確認をお願いします。
（当院での手術等での金属の場合は、MRI対応可です。）
全ての記入が終わりましたら、診療情報提供書（造影MRIの場合は造影剤同意書まで）を
099-263-5670（鹿児島生協病院地域連携室）までFAXをお願いします。

鹿児島生協病院　**fax 099-263-5670**
問い合わせ時間　月～土曜日（祝日除く）　９時～16 時 30 分
放射線部直通電話　**TEL** 080-7248-2117