

骨盤部 MRI 検査説明書

氏名: _____ 様 ID No. _____ 説明医師: _____

検査日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 曜日) _____ 時 _____ 分

・検査時間の 30 分前に総合受付へお越しください。

・ご都合が悪くなった場合は、下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

連絡先: 電話 075-723-0811 ファックス 075-723-0816 メール yoyaku@nyusen.com

注 意

*** 検査前 3 時間は絶食が必要です。**

水やお茶は制限なく飲水していただけます。

*** 女性の方へ**

検査日が月経開始1～4日は検査が出来ません。

この期間に当たる場合は医師へお知らせください。

その他ご不明な点がありましたら、担当医、技師、看護師にご相談下さい。

足立乳腺クリニック