

# 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](mailto: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