

## 最新型1.5T超電導MRI装置を導入しています

### お問い合わせ

特定医療法人なるみ会 第一なるみ病院

住所 : 〒458-0006

愛知県名古屋市緑区細口一丁目210

電話 : 052-876-8361

FAX : 052-876-8202

URL : <https://www.narumikai.or.jp/>



### アクセス

【バス】市バス「平手」バス停より徒歩10分です。

市バス「鍋山」バス停の目の前です。

【お車】駐車場120台完備。名二環 鳴海I.C.から5分。

### 当院のMRI の特長

- 最新型の1.5T超電導MRI装置のため、  
あらゆる部位の高精細・高画質な検査が可能です。
- 最新の検査方法を搭載しており、  
あらゆる画像による高い診断能の検査が可能です。
- 従来の1.5T MRI装置と比較して高速化・静音化のため  
MRI検査が苦手な方でも比較的安心して検査いただけます。
- ボア内映像システム、ヘッドフォンを使用し患者様の負担を軽減します。

注意事項：当院では、妊婦・妊娠の可能性のある方の検査、メタルインプラントのある方の検査は行っておりません。  
また、肺野、乳房の検査は行っておりません。  
その他不明点はお気軽にご相談ください。

### ご依頼の 際は

- ① 患者様が裏面のMRI検査禁忌事項に該当しないかご確認ください。
  - ② 裏面の連絡先へMRI検査の予約日時をご相談ください。
  - ③ 裏面の診療情報提供書に必要事項をご記入の上、患者様へお渡しください。
  - ④ 別紙 問診票も患者様へお渡しいただき、検査当日持参してもらってください。
- MRI検査後、画像(および読影結果)は貴院へ郵送するか、または患者様にDVDをお渡しの上、貴院までお持ちいただくよう当院にてご説明いたします。



# 第一なるみ病院

# MRI検査依頼・診療情報提供書(医療機関様用)

## ご紹介元

医療機関名 :

お電話番号 :

診療科目 :

ご担当医師名 :

連絡先 : 特定医療法人なるみ会 第一なるみ病院

住所 : 〒458-0006 愛知県名古屋市緑区細口一丁目210

電話 : 052-876-8361

FAX : 052-876-8202

URL : <https://www.narumikai.or.jp/>



Webサイト

## ① MRI検査禁忌事項の確認

No.	MRI禁忌事項	確認	備考
1.	体内金属 : 心臓ペースメーカー・人工内耳・人工関節・脳動脈クリップ等・その他( )	有・無	有の場合、検査ができない場合がございます。(要相談)
2.	入れ墨・タトゥ・アートメイク	有・無	有の場合、当院では原則検査をお断りしております。
3.	カラーコンタクト・磁石を使った入れ歯	有・無	有の場合、検査できませんので直前に外していただきます。
4.	妊娠中または妊娠の可能性	有・無	有の場合、当院では原則検査をお断りしております。

## ② MRI検査日時の確認(上記電話番号へご連絡の上、検査日時をご相談ください。)

MRI検査予約日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

患者様氏名 \_\_\_\_\_様 患者様連絡先 \_\_\_\_\_

## ③ 検査依頼内容の確認

検査依頼部位(□内に✓をお願いします。当院では肺野、乳房のMRI検査は行っておりません。)					
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部+頸部MRA	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 下垂体		
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎			
<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 骨盤部(前立腺・子宮卵巣・膀胱)			
<input type="checkbox"/> 肩(左・右)	<input type="checkbox"/> 肘(左・右)	<input type="checkbox"/> 手関節(左・右)	<input type="checkbox"/> 手部(左・右)		
<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 膝(左・右)	<input type="checkbox"/> 足関節(左・右)	<input type="checkbox"/> 足部(左・右)		
<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 読影レポート	<input type="checkbox"/> 必要・不要

傷病名・検査依頼目的

症状経過・検査結果・治療経過

検査希望画像種(Myelographyなど特記事項あれば)

★本 検査依頼・診療情報提供書にご記入の上、患者様にお渡しください。  
患者様へ別紙 問診票もお渡しいただき、検査当日持参するようにお伝えください。



第一なるみ病院