くまもと県北病院　FAX番号0968-73-5300

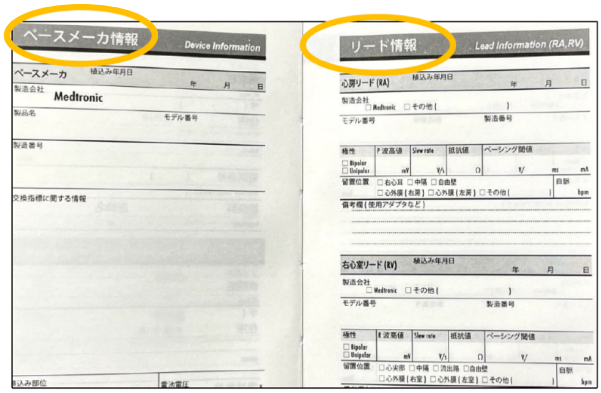
年　月　日

植え込み型心臓電気デバイス MRI検査前 確認事項表

患者様情報　※すべての事項について、もれなくご記入をお願いいたします。	
フリガナ ご氏名	［ □ 男 ・ □ 女 ］
生年月日	□ 大正 ・ □ 昭和 □ 平成 ・ □ 令和　　年　月　日　［　　歳］

★ 以下の条件を全て満たしていないと、いかなる場合でも撮影できません。

	確　認　事　項	レ点チェック
1	植え込み型心臓電気デバイス手帳内のデバイス本体情報とリード情報が記載されているページをコピーし、当院へFAXする。	□
2	植え込み型心臓電気デバイスの条件付きMRI対応カードをコピーし、当院へFAXする。	□
3	植え込み術後６週間以上経過している。	□
4	植え込み部位が胸部である。	□



★ 撮影当日、植え込み型心臓電気デバイス手帳と条件付きMRI対応カードを必ずご持参いただくようご案内をお願いいたします。

★ MRI撮影前に植え込み型心臓電気デバイスのデータ解析を行いますが、撮影直前のデバイス動作状況によっては撮影できない場合がありますのでご了承ください。

★ 本紙に関するお問い合わせは、平日9:00～16:00までに当院代表番号へお電話いただき、臨床工学科へお尋ねください。

くまもと県北病院
KUMAMOTO KENHOKU HOSPITAL

放射線科・臨床工学科
TEL：0968-79-7325（放射線受付）
TEL：0968-73-5000（代表）