

## 放射科磁振影像掃描(MRI)檢查預約說明單

請注意詳讀以下各項：

1. 請到門診大樓 3 樓放射科報到 請到復興大樓 4 樓放射科報到  
 2. 請在病房、急診等候通知

|         |   |
|---------|---|
| 姓 名     | <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 病床號碼：        |
| 病 歷 號 碼 | 時間預定： 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 |

3. 檢查過程約 30~60 分鐘，請提早 10-15 分鐘報到。

註：本檢查室將盡力按預定時間進行檢查，但如遇特殊情況“可能無法”按預定時間開始或結束檢查，故請保留充分的時間來接受檢查。

4. 無法按時接受檢查或需趕時間者，應事先通知本科室，另約檢查時間，否則視作棄權論，日後需重新掛號看門診，才能再安排檢查，電話：26723456 轉分機：7426、7427。  
 5. 接受磁振影像檢查除腹部(肝膽)及乳房檢查須禁食外，其他部位可以進食，但請勿吃太飽，以免躺久不適。

### 磁振影像掃描(MRI)檢查特別注意事項問答

- 為了檢查過程更為安全與順利，請接受本檢查者或家屬答覆下列問題。報到時請繳回本單給檢查人員
- **若有不確定含磁性物質，為確保安全需接受金屬探測儀掃描！**
- 請在以下回答內容中之適當方格內打勾 ：

| ● 請問您的體重：   | 公斤 | 有 | 沒有 | 不知道 |
|---|----|---|----|-----|
| ● 是否曾接受腦動脈瘤手術？  |    |   |    |     |
| ● 是否有裝置“心律調節器”？   |    |   |    |     |
| ● 身上或體內有任何「植入物」、「植入式裝置」、任何電子裝置、或電線？如電子耳，調控式腦室引流(VP-shunt)裝置等。 |    |   |    |     |
| ● 身上或體內有任何修補性裝置：活動假牙、眼瞼、義眼、義肢、乳房擴張器、人工陰莖？                     |    |   |    |     |
| ● 是否曾有鐵屑、金屬跑入體內（尤其眼睛）的病史？                                     |    |   |    |     |
| ● 身上是否有任何金屬如髮夾、假髮、飾品、項鍊、戒指、肚臍環、耳環？                            |    |   |    |     |
| ● 身上是否有如打火機、健保卡、提款卡、信用卡、手機、手錶、晶片、鑰匙、感應磁扣等有磁性物品？               |    |   |    |     |
| ● 身上是否有貼布、磁力貼、暖暖包？  |    |   |    |     |
| ● 身上是否有止血用砂袋（鐵砂）（特別是住院病人）？                                    |    |   |    |     |
| ● 是否有幽閉恐懼症？   |    |   |    |     |
| ● 目前是否有懷孕？（請生育年齡女性受檢者填寫）                                      |    |   |    |     |

➤ 如果此項檢查中您需要使用對比劑，請回答下列問題：

| 請問有下列病史嗎？               | 有 | 沒有 | 不知道 |
|-------------------------|---|----|-----|
| 您以前有對磁振造影對比劑過敏的經驗嗎？     |   |    |     |
| 您以前有對其他藥物過敏的經驗嗎？        |   |    |     |
| 您近一個月內有抽血檢驗過腎功能嗎？       |   |    |     |
| 您有腎臟病、蛋白尿、腎功能不全或腎臟開過刀嗎？ |   |    |     |

檢查後注意事項:1.注射對比劑病人檢查後請多喝水，多解尿可促進藥物代謝。  
2.請於醫師約診時回診，或自行約三個工作天後的門診。

門診病人請至門診大樓3樓放射科櫃台預約檢查時間

如有疑問或變更排程事宜，請於正常上班時段，週一至週五:08:00-17:00

週六:08:00-13:00，電洽(02) 2672-3456 轉 7426，7427 詢問

填表人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

|           |                              |                                   |
|-----------|------------------------------|-----------------------------------|
| 此欄由本科人員填寫 | <input type="checkbox"/> 可檢查 | MRI 室核對人員簽名，護理師: _____ 放射師: _____ |
|-----------|------------------------------|-----------------------------------|

提供高品質的醫療服務是我們的責任和理想  
(請將我們的缺點告訴我們，優點告訴您的家人和朋友)