

検査予約に関する確認一覧

	予約電話 9:00 a.m. ~ 5:30 p.m.	事前FAXして頂くもの	患者さまにお渡し頂くもの	
			患者さま本人所持	検査当日 持参して頂くもの
電話番号	095-844-1282 画像診断部	095-849-6622 地域連携室 FAX		
1	検査部位 単純 or 造影	診療情報提供書 貴院使用書式	※ 単純検査の場合 単純〇〇検査予約票 MRI : ① CT : ① MRCP : ⑧+⑨	診療情報提供書 貴院使用書式 原本
2	氏名	患者情報 氏名・住所・生年月日など		健康保険証・原爆手帳
3	生年月日	保険情報 保険者番号・記号・番号など	※ 造影検査の場合 造影〇〇検査予約票 造影〇〇検査説明書	※ MRI検査の場合 MRI検査を受けられる患者様へ (問診票・同意書) 用紙 ②
4	画像記録メディア CD-R or フィルム 正確な診断を行うため、スライスを薄くしています。 胸部単純CTでは、300スライス程度になりますので、パソコンの環境が整っていれば、CD-Rをお勧めします。	※ 単純MRI検査の場合 MRI検査を受けられる患者さまへ (問診票・同意書) 用紙 ②	MRI : { ③+④ ③+⑥ CT : ③+④	※ 造影MRI検査の場合 〇〇造影検査を受けられる患者さまへ (問診票・同意書) 用紙 ②+(⑤or⑦)
		※ 単純CT検査の場合 単純X線CT検査の説明と同意書 用紙 ②		※ 単純CT検査の場合 単純X線CT検査の説明と同意書 用紙 ②
		※ 造影CT検査の場合 造影X線CT検査の説明と同意書 用紙 ⑤ 造影X線CT検査を受けられる患者さまへ (問診票・同意書) 用紙 ⑥		※ 造影CT検査の場合 造影X線CT検査の説明と同意書 用紙 ⑤ 造影X線CT検査を受けられる患者さまへ (問診票・同意書) 用紙 ⑥
返信		FAXが届き次第、こちらから到着報告のお電話をいたします。		