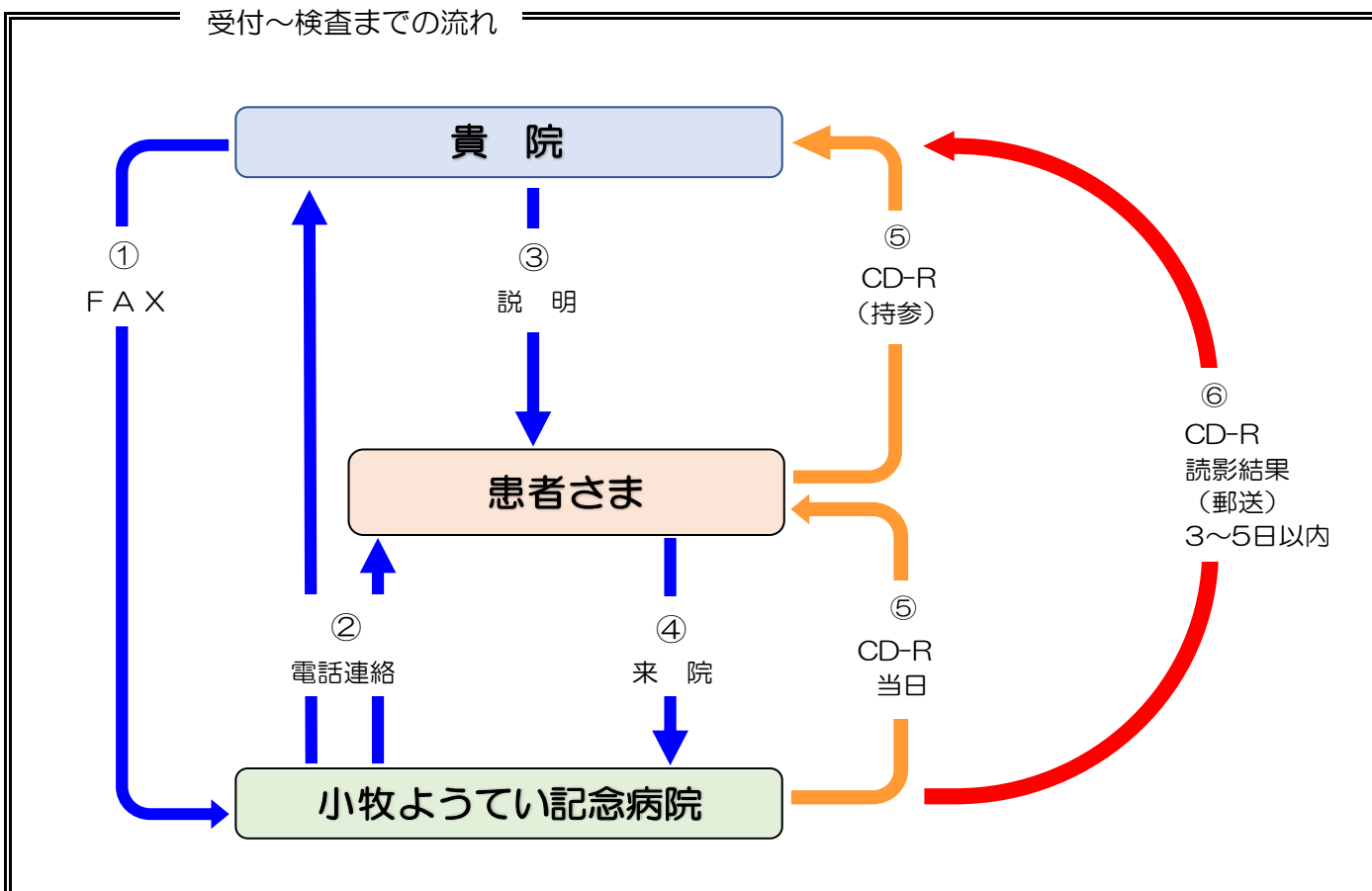


□ 検査時間のご案内 (○：CT検査予約可、●：MRI検査予約可)

	月	火	水	木	金	土
午前 9:00~12:00	○●	○●	○●	○●	○●	○●
午後 13:00~16:00	○●	○●	○●	○●	○●	—

□ 利用方法のご案内



① 「診療情報提供書 兼 放射線FAX専用申込書」(書式N-201)をFAXしてください。

申込書、各帳票は弊院ホームページからダウンロードしていただけます。

受付時間 月曜～金曜 8:30 - 16:00 (※16:00以降は翌日対応となります)

土曜 8:30 - 12:30 (※12:30以降は翌日対応となります)

FAX 0568 - 65 - 7518

TEL 0568 - 65 - 7517 (小牧ようてい記念病院 代表)

② 検査日時のご予約確定次第、依頼医師の先生方および患者さまに電話連絡致します。

FAX受付日の当日中に予約確定の上、ご案内差し上げます。

なお、検査予約日を変更される場合には、早めにご連絡ください。

③ ご希望する検査に応じて、患者さまへ必要帳票の説明・交付をお願いいたします。

問診票、同意書については必要事項を記入の上、患者さまへお渡しください。

■説明および交付いただく帳票一覧（※…ご説明いただいた医師の方の署名も必要です）

検査種類		CT		MRI	
		(単純撮影)	(造影剤)	(単純撮影)	(造影剤)
※	「CT検査を受けられる方へ」 (N202)	○	○	—	—
※	「CT造影剤検査 問診票」 (N203)	—	○	—	—
※	「CT造影剤（注射）の説明及び同意書」 (N204)	—	○	—	—
※	「MRI検査を受けられる方へ」 (N205)	—	—	○	○
※	「MRI検査 問診票及び同意書」 (N206)	—	—	○	○
※	「MRI用造影剤（注射）の説明及び同意書」 (N207)	—	—	—	○

④検査当日のご持参いただくもの（ご予約時刻の10分前までに受付してください）

検査種類		CT		MRI	
		(単純撮影)	(造影剤)	(単純撮影)	(造影剤)
当日持参いただくもの（帳票NO）					
保険証、各種医療証 等		○	○	○	○
お薬手帳（お持ちの方のみ）		△	△	△	△
診察券（お持ちの方のみ）		△	△	△	△
	「CT検査を受けられる方へ」 (N202)	○	○	—	—
	「CT造影剤検査 問診票」 (N203)	—	○	—	—
	「CT造影剤（注射）の説明及び同意書」 (N204)	—	○	—	—
	「MRI検査を受けられる方へ」 (N205)	—	—	○	○
	「MRI検査 問診票及び同意書」 (N206)	—	—	○	○
	「MRI用造影剤（注射）の説明及び同意書」 (N207)	—	—	—	○

⑤検査結果をお渡しする方法（読影を希望されない場合）

画像検査情報はCD-Rとして、当日に患者さまへお渡しし、貴院へ持参していただく形となります。

⑥検査結果をお渡しする方法（読影を希望される場合）

読影結果と画像診断情報のCD-Rを、検査日から3～5日以内に貴院へ郵送いたします。

□ 当院CTおよびMRIのご案内

機種	スペック	メーカー
CT	16列マルチスライスCT	キャノンメディカルシステムズ(株)
MRI	1.5テスラ	キャノンメディカルシステムズ(株)

詳しくは、別紙機器案内をご覧ください。