

志村病院への MR・CT 紹介予約申込みフローチャート

まず検査日時を決定します。
貴院より予約の電話をお願いします。
[TEL:029-221-2181](tel:029-221-2181) (医事課まで)



MR 検査 (◎はファイルをダウンロードしてお使い下さい。)

- ◎MR 検査依頼書に記入する。
- ◎患者様に MR・CT 検査前チェックシートに記入してもらう。
- 患者様に MR 検査の説明をする。
- ◎造影検査の場合、**造影 MR 検査前チェックシートを確認し、十分に説明する。**

CT 検査 (◎はファイルをダウンロードしてお使い下さい。)

- ◎CT 検査依頼書に記入する。
- ◎患者様に MR・CT 検査前チェックシートに記入してもらう。
- 患者様に CT 検査の説明をする。
- ◎造影検査の場合、クレアチニン値、もしくは eGFR 値、ビグアナイド系糖尿病薬服用の有無、
造影 CT 検査前チェックシート、を確認し、十分に説明をする。



患者様にご持参いただく物 (MR 検査)

- 診療情報提供書 (紹介状)
- 健康保険証
- 参考資料 (血液検査データなど)
- ◎MR 検査依頼書
- ◎MR・CT 検査前チェックシート

◎造影検査の場合は造影 MR 検査前チェックシート
患者様にご持参いただく物 (CT 検査)

○診療情報提供書 (紹介状)

○健康保険証

○参考資料 (血液検査データなど)

◎CT 検査依頼書

◎MR・CT 検査前チェックシート

◎造影検査の場合は造影 CT 検査前チェックシート

○ご不明な点がございましたらいつでもお問い合わせ下さい。

志村病院 医事課 TEL:029-221-2181