

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)(放射線課まで)



MR 検査(◎はファイルをダウンロードしてお使い下さい。)

- ◎MR 検査依頼書に記入をお願いします。
- ◎患者様に MR 検査前チェックシートに記入していただきます。
- 患者様に MR 検査の説明を行っていただきます。造影検査の場合、クレアチニン値、もしくは eGFR 値の確認、同意書を必ずお願いします。

CT 検査(◎はファイルをダウンロードしてお使い下さい。)

- ◎CT 検査依頼書に記入をお願いします。
- ◎患者様に CT 検査前チェックシートに記入していただきます。
- 患者様に CT 検査の説明を行っていただきます。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確認、同意書を必ずお願いします。



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 検査前チェックシート
- ◎造影検査の場合は同意書

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
- ◎CT 検査前チェックシート
- ◎造影検査の場合は同意書

○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 [TEL:029-221-2181](tel:029-221-2181)(放射線課まで)