

利根中央病院 CT・MRI・骨密度検査 電話予約方法のご案内

地域連携室 直通:TEL 0278-25-9800 直通:FAX 0278-25-9801

〈 CT・MRI 〉

- ① 予約患者様の氏名・生年月日をお伝えください。
- ② 検査名(CT・MRI)、撮影部位(単純P 造影E)、希望日をお伝えください。
- ③ 検査予約後に下記の書類を貴院へ FAX 致します。

予約票/地域連携用検査予約票/問診票【病院保管用】/問診票【患者様用】

※CT単純は予約票/地域連携用検査予約票のみ FAX 致します。

- ④ 診療情報提供書・記入済みの問診票を再度 FAX お願い致します。

★造影ありの検査の場合は、造影剤検査問診票及び指示書に必要事項全て記入していただき事前に FAX をお願い致します。『造影剤アレルギーの既往のある患者および喘息の既往のある患者』については CT、MRI 造影検査 12 時間前および 2 時間前の 2 回、ステロイド剤を内服していただき慎重投与のうえ実施させていただきます。

つきましては上記患者様の場合の造影検査をご紹介頂く際は、検査前に当院の受診が必要となりますので外来予約をお取り致します。

★CT・MRI 造影検査の場合は、撮影 3 カ月以内のクレアチニン検査が必要です。

1.クレアチニン検査を施行し、換算値(eGFR)が出ている場合

①造影剤検査問診票及び指示書の検査結果記入欄へ記入してください。

2.クレアチニン検査のみの場合

①クレアチニン検査結果、又は診療情報提供書に数値の記載をお願い致します。

3.検査を行っていない場合

①CT・MRI 検査の前に、当院で『採血検査』をさせていただきます。

②検査当日に当院で採血をするため、検査予約時間の 60 分前に来院して頂きます。

★検査終了後、読影結果及び診療情報提供書を郵送致しますので、患者様へ検査結果の説明をお願い致します。検査後、当院で診察・治療を希望される場合はお伝えください。

〈骨密度〉

- ① 予約患者様の氏名・生年月日をお伝えください。
- ② 事前に診療情報提供書の FAX をお願い致します。

★検査終了後、読影結果及び診療情報提供書を郵送致しますので、患者様へ結果説明の説明をお願い致します。検査後、診察・治療を希望される場合はお伝えください。