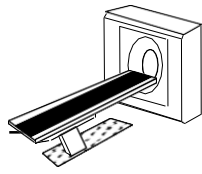
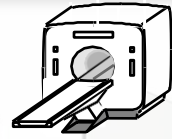


# ●放射線科検査の予約方法



博愛病院診療放射線部  
Tel.090-5051-8172(予約専用ダイヤル)  
にご連絡下さい



必要な場合

放射線科医による読影の有無

不必要な場合

放射線科紹介

共同利用

\* 土曜日午前中も検査可能です

内容をお聞きます。

1. 撮影装置名 (CT・MRI)
2. 検査内容 (部位・造影の有無)
3. 施設名
4. 患者様の氏名・生年月日・性別
5. 希望日時

内容をお聞きます。

1. 撮影装置名 (CT・MRI)
2. 検査内容 (部位・造影の有無)
3. 施設名
4. 患者様の氏名
5. 性別・生年月日
6. 希望日時

予約終了後、地域連携室より、検査予約票を  
FAX します。

「共同利用申込書」を FAX して下さい。  
(又は当日持参して下さい)  
MRI検査の場合は「MRI検査についての問診  
表」も記入して下さい。

地域連携室直通 FAX  
0859-48-0376

事前にカルテを作成しますので、当院専用  
FAX 用紙に記入して送って下さい。  
当日紹介状、検査予約票、健康保険証等をお持ち  
下さい。  
予約時間の30分前に受付をして下さい。

検査当日

患者様は直接放射線科の受付にお越し下さ  
い。

検査当日

患者様は総合受付で受付をし、整形外科外来  
受付で検査予約票を出して下さい。

検査を実施します。  
\* 必要な場合、検査前に放射線科医による問  
診を行います。  
(造影検査・MRI検査)

放射線科医の診察を行い、検査を実施しま  
す。

検査終了後

「CD」をお渡しします。  
患者様はそのままお帰り下さい。

検査終了後

放射線科医が読影を行い、患者様に「診療情  
報提供書」、「診断報告書」、「CD」をお渡し  
します。  
会計終了後お帰り下さい。

後日

検査料は1ヶ月の合計をまとめて請求させて  
頂きます。