

FAXによる画像検査予約手順

【検査内容】

MRI・CT・RI・MMG・一般撮影・骨密度測定

【予約方法】

- ① 「画像検査依頼書」に必要事項を記入の上（記入例参照）、加古川中央市民病院
予約専用 FAX：079-451-8653 へ送信してください。なお冠動脈CTをご依頼の
場合は、別紙『冠動脈CT撮影における医学的根拠』の用紙も送信してください。
- ② FAX到着後、予約日時を決定し、検査日時を記入した診療予約済報告書（紹介元控）
兼診療予約票（患者さん用）を返書いたします。
- ③ 内容をご確認の上、患者さんに予約票（患者さん用）を切り取ってお渡しいただき、
検査当日お持ちいただくようお願いください。

《FAX 必要書類》

MRI	単純	診療情報提供書（画像検査依頼書）・・・〈様式2〉
	造影	診療情報提供書（画像検査依頼書）・・・〈様式2〉 造影MRI検査の同意書 *検査当日は原本が必要 造影MRI検査の問診票 *検査当日は原本が必要
CT	単純	診療情報提供書（画像検査依頼書）・・・〈様式2〉
	造影	診療情報提供書（画像検査依頼書）・・・〈様式2〉 造影CT検査の同意書 *検査当日は原本が必要 造影CT検査の問診票 *検査当日は原本が必要
インプラントCT		インプラントCT検査依頼書・・・・・・・・・・〈様式7〉 （診療情報提供書）
RI MMG 一般撮影 骨密度測定		診療情報提供書（画像検査依頼書）・・・・・・・・〈様式2〉

*造影CT及びMRI問診票にある喘息治療についての項目にて、“あり”に該当する場合は、検査を受けていただくことはできません。

【予約受付時間】

*FAXは24時間受付しておりますが、業務時間外のお申込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。

【検査結果報告について】

原則、検査翌日（休前日は休日明け）に、検査画像と検査レポートを各医院様に発送させていただきますので、患者さんには検査翌々日以降に各医院様にご連絡の上、来院していただく様お伝えします。ただし読影医が学会等で不在の時は、翌日に発送できない場合もございますので予めご了承ください。

またご希望により、検査画像を患者さんにお持ち帰りいただくことも可能です。その場合、画像検査依頼書のコメント欄にお書きください。レポートは後日お届けいたします。また、お渡ししたCD-R/フィルムは返却不要ですので、貴院で管理していただくようお願いいたします。