

# 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。
- ② FAX 到着後直ちに予約日時を決定し、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	画像検査依頼書（診療情報提供書）・・・〈様式2〉
	造影	画像検査依頼書（診療情報提供書）・・・〈様式2〉 造影 MRI 検査の同意書・・・〈様式3〉 造影 MRI 検査の問診票・・・〈様式4〉
CT	単純	画像検査依頼書（診療情報提供書）・・・〈様式2〉
	造影	画像検査依頼書（診療情報提供書）・・・〈様式2〉 造影 CT 検査の同意書・・・〈様式5〉 造影 CT 検査の問診票・・・〈様式6〉
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		画像検査依頼書（診療情報提供書）・・・〈様式2〉

## 【予約受付時間】

FAX は 24 時間受付ですが、返書は午前 9 時～午後 5 時までとさせていただきます。  
また休前日の午後 5 時以降や休日に届いた FAX は、休日明けに返書させていただきます。

## 【検査結果報告法】

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、来院して頂く様お伝えします。

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。