

CT・MRI検査依頼（予約）の流れ

地域医療連携室 **0234-43-3470**（直通）へお電話ください。

お電話にて『希望検査（造影の有無）』『撮影部位』『希望日時』『読影の有無』『患者氏名』『生年月日』などをお知らせください。

予約の空き状況を確認し、予約をお取りします。

検査予約連絡票（様式B-2）をご記入の上
0234-43-3516へFAXください。

予約票（様式A）をご記入いただき、患者さんへお渡しください。

予約当日、**予約票・保険証持参**の上
1階総合受付へお越しください。

検 査

診 断 ・ 読 影

患者さんには当院にてお支払いさせていただきます。
読影終了後、フィルムまたはCDを貴院へお届けいたします。