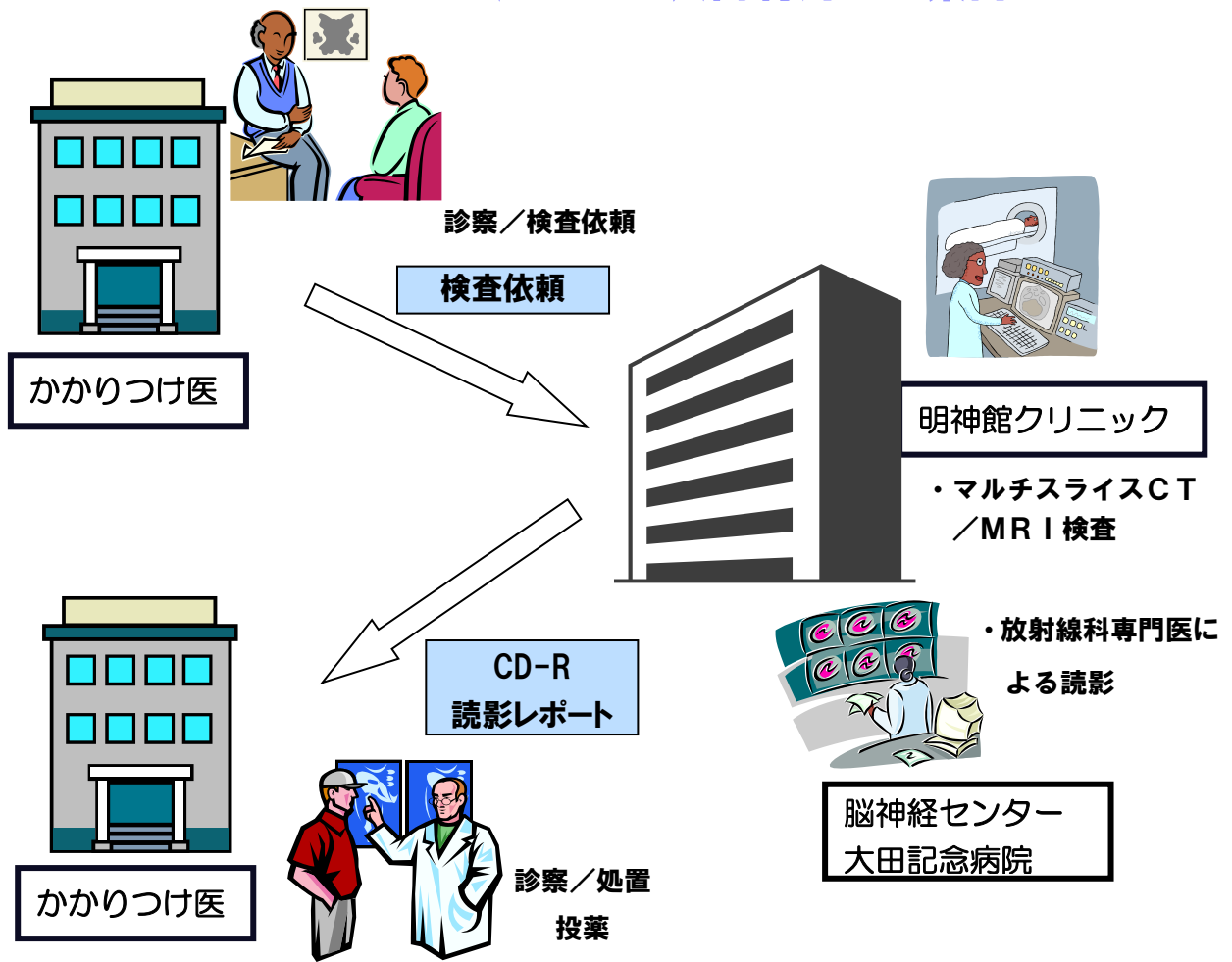


マルチスライスCT/MRI 共同利用のご案内



① 検査依頼

当院へ所定用紙で FAX (084-927-0015) の上, 電話 (084-927-0011) でお申し込みください。

《申し込み時必要事項》

- 患者様の名前/生年月日
- 依頼検査内容 CT (単純)/MRI (単純・造影)
- 検査部位
- 診断名/主訴
- 希望日
- 医療機関名/電話/FAX 番号

② 検査日連絡

FAX にて折り返し検査日の案内をさせていただきます。

患者様へ検査日時をお伝えください。

患者様へは「予約票」と「問診表」と「診療情報提供書」を必ずお渡しください。

また検査の 15 分前に受付を済ませるようご案内ください。

③ 検査当日

患者様には**保険証・問診表・紹介状**を持って来院するようご案内ください。

④ 検査結果の報告

検査終了後は原則として患者様へ主治医先生宛ての**CD-R**をお渡しします。

専門医による読影レポートは検査日か翌日にFAXで送付した後、更にフィルムと同封の持ち帰り、または郵送にて原本をお送りいたします。

検査結果の説明は貴院にてお願いします。

読影レポートを特にお急ぎの方はその旨をお伝えください。

⑤ ご注意

患者様にせっかくご来院いただいてもMRI検査が施行出来ない場合がありますので、検査依頼の際に次の点についてご確認ください。

《MRI検査について》

- 禁忌—ペースメーカー装着
- 確認を要するもの—脳動脈瘤に対するクリップ、義眼、心臓人工弁

《造影MRIについて》

- 禁忌—カドリニウム造影剤過敏症の既往
- 原則禁忌—気管支喘息、重篤な腎障害

※造影CT検査の依頼はお受けしておりません。

明神館クリニック

代表電話 084-927-0011 / FAX 084-927-0015