

## MRI・CT検査予約のご利用手順

ご希望する日時をお電話ください。

TEL(06)6556-0757(直通) 地域連携室

9:00~17:00(月~土)

TEL(06)6552-0621(代表) 放射線科(内線673)

17:00~22:00(月~金)

9:00~17:00(日曜・祝日)

※予約の際、撮影部位をお知らせ下さい。(原則、1予約1部位まで)

※MRI・CT検査の予約時間は下記のとおりです。

月	火	水	木	金	土	日・祝	時間帯
○	○	○	○	○	○	△	9:00~12:00
○	○	○	○	○	△	△	14:00~22:00

△MRI・CT検査 単純撮影のみ ※造影検査は平日16:30まで  
予約状況を確認し、検査日時を決めさせていただきます。



MRIご依頼の際は「検査依頼書」に必要事項をご記入の上、「MRI検査問診票」とともにFAXにてご送信ください。

※CT単純撮影では検査依頼書のみで結構です。CT造影検査の場合は造影問診表が必要です。

また、造影検査におきましてeGFR値が必要になり本院での採血検査も実施可能です。ご希望の際は事前にご報告お願いいたします。



当院から「検査予約日時のお知らせ」をFAXさせていただきます。

記入事項をご確認いただき、検査依頼書・MRI検査問診票・造影検査問診票の原本とともに患者さまにお渡しください。



検査当日1F初診受付にて確認手続き終了後、検査のご案内をいたします。



CD-R(又はフィルム)および検査結果を持参または郵送にてご報告いたします。