

MRI・CT 予約のながれ

1. 下記電話番号にご連絡下さい。

予約受付時間：月～土：8：30～11：30、17：30～19：30 日 9：00～12：00
は下記番号へお問い合わせください。（祝日、日曜午後は休み）

TEL：072-847-5040（代表）

※月～土：11：30～17：30 の時間帯は下記番号へお問い合わせください。

TEL：072-847-5033

- ・ MRI 又は CT の検査予約と伝えていただき、患者様の氏名、生年月日をお伝え下さい。
 - ・ その際に撮影部位・造影の有無を確認致します。
 - ・ 患者様の希望日時と当院の予約状況を確認の上で検査日時を決定します。
2. 「CT・MRI 検査依頼票、 CT・MRI 検査予約表、 MRI 検査の注意点と問診票（CT/MRI 造影検査問診票・同意書）」の内、「CT・MRI 検査依頼票」のみを FAX して下さい。

FAX：072-847-5041

（用紙はホームページより出力頂くか、こちらより FAX します）

3. 「CT・MRI 検査予約表、MRI 検査の注意点と問診票（CT/MRI 造影検査問診票・同意書）」
2 枚を患者様にお渡ししていただき、検査当日にお持ち下さい。
4. 検査当日は、御殿山クリニックモール 2 階の受付にお越し頂き、「CT・MRI 検査予約表、
MRI 検査の注意点と問診票（CT/MRI 造影検査問診票・同意書）」と「保険証」をお渡し
下さい。

※造影検査の場合は、「造影剤に関する説明と同意書」の確認をいたしますので、外来診療が必要です。

※検査結果について、当院では患者様に説明いたしません。

※検査施行中に患者様の具合が悪くなった場合は、依頼元の先生にご連絡させていただき、必要に応じて当院で治療等を行うことがあります。

※キャンセルする場合は、できるだけ早期にご連絡ください。