

## 検査サービスのご案内

地域連携室では、医療機関からの検査の予約を受け付けております。

### 【ご依頼いただける検査】

MRI（単純） ・ CT（単純） ・ デンタルCT ・ 上部消化管内視鏡検査 ・ 下部消化管内視鏡検査

## 【ご予約の流れ】

1. ご希望検査、患者氏名、生年月日、電話番号を電話にてご連絡ください。  
その場で予約日時を決定いたします。
2. 予約日時決定後、「[検査依頼申込書（診療情報提供書）](#)」を FAX にてお送りください。
3. 折り返し、**検査予約票（検査のご案内）、同意書**（MRI、上部消化管内視鏡検査）を FAX にてお送りいたします。ご確認の上、患者さんへお渡しください。
4. 検査結果は、後日ご依頼の医療機関へお送りいたします。  
結果のご説明は、ご依頼いただいた先生方よりお願いいたします。

（ 放射線検査は頭部を除きおおむね 5 日以内、頭部は検査日により 1 週間前後  
内視鏡検査は病理検査が必要となった場合 2 週間程度お時間をいただきます ）

※下部消化管内視鏡検査は、検査の説明・注意事項等のご説明のため、検査前に 1 度内科を受診していただきます。このため、ご予約は、内科受診日・検査日の 2 日間をお取りいたしますので、ご了承ください。

※MRI（MRCP）、上部消化管内視鏡検査は、同意書のご記入が必要となります。

- ・ 同意書は、検査予約票と一緒に当院より FAX いたします。
- ・ 医師署名欄にご署名いただき、患者さんにお渡しください。
- ・ MRCP 検査の場合は、「MRI 検査同意書」「MRCP 検査同意書」の 2 種類の同意書をお送りいたしますので、2 通とも患者さんにお渡しください。
- ・ 下部消化管内視鏡検査の同意書は、検査前の診察時に担当医師よりお渡しいたします。

## ※放射線被ばくについて

2020年4月1日に医療法施行規則の一部を改正する省令が施行され、診療用放射線に係る安全管理が義務づけられました。この省令では、他院に放射線検査を依頼する場合において、紹介元の医療機関でも検査によって想定される被ばく線量に留意した説明を行うことが求められています。CT検査をご依頼の際は、下記ご確認のうえ、患者さんへのご説明と、検査依頼申込書へのご署名（自署または記名押印）をお願いいたします。

## **【検査当日の持ち物】**

- ・ 予約票
- ・ 検査依頼申込書(診療情報提供書)
- ・ 同意書（MRI、上部消化管内視鏡検査）
- ・ 保険証            ・ お持ちの方は当院の診察券

ご予約・お問い合わせ

地域連携室	TEL : 042-752-2025	(代表)
	FAX : 042-753-0399	(直通)
	受付時間 : 月曜日～金曜日 8 : 30-17 : 00	