

五日市記念病院への MRI・CT 紹介予約申込みフローチャート

脳の MRI・CT の場合

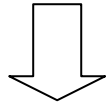
様式1 紹介患者検査予約申込書と診療情報提供書を
地域医療連携室に FAX 願います。

FAX: 082-924-2215 へお願いします。

電話にて「FAX 到着」の報告をさせていただきます。

<月～金：8：30～17：30 土：8：30～13：00>

*検査内容により **様式2と様式3** または **様式4** の用紙を
患者様にお渡しください。



五日市記念病院から直接患者様へ連絡を入れ、検査予約の日程調整をさせていただきます。予約日は FAX にて連絡いたします。

体幹部の MRI・CT・冠動脈 CT の場合

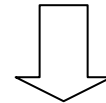
貴院より 画像診断技術科 へ電話を入れて下さい。

TEL: 082-924-2213 へお願いします。

その場で検査日を決めさせていただきます。

<月～金：8：30～18：30 土：8：30～13：00>

*検査内容により **様式2と様式3**・**様式5**・**様式6** の
用紙を患者様にお渡し下さい。



様式1 紹介患者検査予約申込書と診療情報提供書を
地域医療連携室に FAX 願います。

FAX: 082-924-2215 へお願いします。

<月～金：8：30～17：30 土：8：30～13：00>

電話にて「FAX 到着」の報告をさせていただきます。

★診療情報提供書の原本は郵送又は当日患者さまに持参してもらってください。

★ご不明な点がございましたらいつでもお問合せ下さい。

五日市記念病院 画像診断科 TEL：082-924-2213

地域医療連携室 TEL：082-924-2343

2016年5月28日