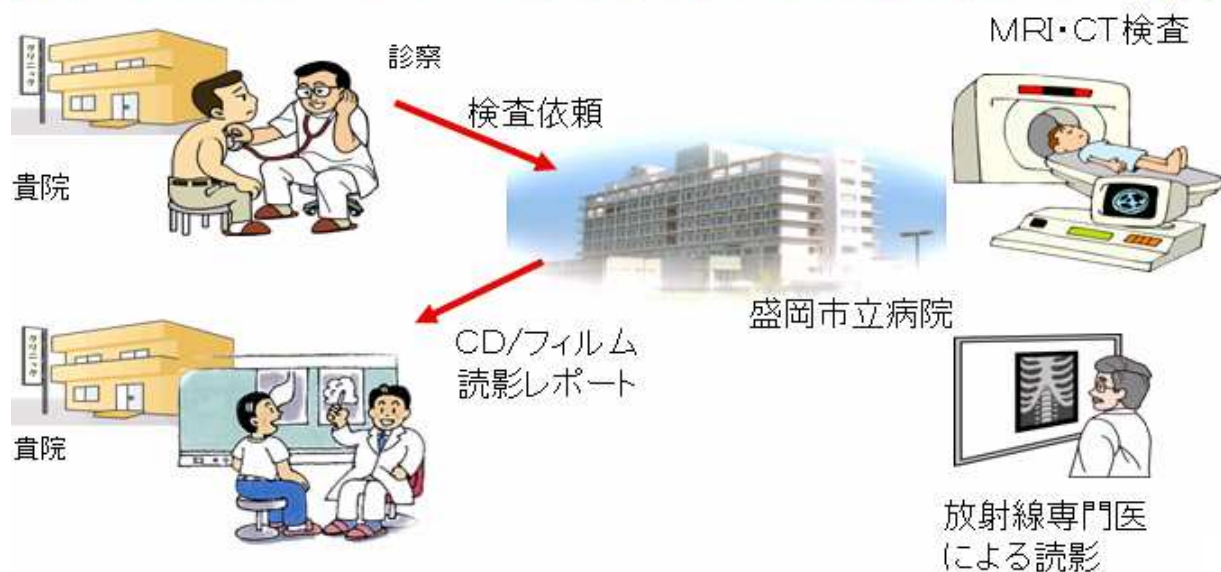


MRI・CT共同利用のご案内



①検査依頼

当院へ所定用紙「**患者紹介(検査依頼)FAX申込書**」に必要事項をご記入の上、地域連携室にFAX(019-631-2102)にてお送りください。

②検査日連絡

検査を受けていただく日時を、折り返しFAXでお知らせします。

(原則として希望された日時に致しますが、混み具合などにより調整させて頂く場合がございます)

検査内容によっては、検査説明と、検査における造影剤使用に関する説明書・同意書をFAX致します。患者様へは、検査日時をお伝えいただき、当院よりFAXしました「来院のご案内」「検査案内予約票」等をお渡しください。

③検査当日

患者様には、当院よりFAXしました「来院のご案内」「検査案内予約票」等をご持参いただき、当院1階総合受付にお越し頂くようご案内ください。

④検査終了後

患者様へ、CD又はフィルムを当日検査終了時にお渡しします。
後日、ご依頼がある場合には貴院へ読影レポートを郵送させていただきます。

【お問い合わせ】

盛岡市立病院 地域医療連携室(医事課内)
直通電話:019-631-2101

