

# 国保多古中央病院

～放射線科検査依頼について～



〒289-2241

千葉県香取郡多古町多古388-1

TEL 0479-76-2211

FAX 0479-76-3286

URL <https://takochu.jp/>



医療機関様へ  
検査依頼の申し込み方法について



### 当院の検査依頼について

当院では周辺地域の医療機関から撮影依頼を受けCT、MRI、胃X-P、骨密度の検査を行っています。検査終了後に患者様には画像が記録されているCDをお渡しし、検査後一週間以内に放射線科医の読影レポートをFAXで送ります。

検査結果の詳しい説明や検査後の方針についての説明は、依頼元医療機関にてお願いします。

検査項目                   CT、MRI、胃X-P、骨密度  
                                  (CT、MRIの造影検査は行ないません。)

検査日、時間               月曜日～金曜日の9時00分～11時30分（祝日は除きます）  
                                  14時00分～16時00分

### 検査申し込み方法

貴院よりお電話にて検査の予約をお願いします。

各種検査は当日～3日以内にできます。

患者様のご都合にお合わせ致します。

多古中央病院放射線科

**TEL 0479-76-2211（内線1133）**

予約受付時間

月曜日～金曜日の8時30分～17時30分

土曜日の8時30分～12時30分（祝日は除きます）

お手数ですが検査依頼票をホームページからダウンロードして、必要事項を記入して下さい。

検査当日患者様には**検査依頼票**と**保険証**を持参していただきますようご説明ください。

検査当日                   患者様は検査時間の30分前にご来院して頂きます。

総合受付で**検査依頼票**と**保険証**を提出して下さい。

検査終了後に患者様に画像が記録されているCDをお渡しします。

検査後一週間以内に放射線科医の読影レポートをFAXで送ります。

検査結果の詳しい説明や検査後の方針についての説明は、依頼元医療機関にてお願いします。

放射線科医療設備機器



C T シーメンス社製 SOMATOM go top64 列



MR I シーメンス社製 1.5 T MAGNETOM AERA



X線テレビ 日立製 2台

# 検査依頼票

年 月 日

国保多古中央病院外来担当医殿

施設名

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 年 月 日生( 歳)

保険病名又は臨床診断

---

1、 検査項目 (○印をつけてください)

1、CT      2、MRI      3、胃X-P

4、骨密度

2、 検査部位 (出来るだけ細かく指示をお願いします)

3、 撮影方法

・ルーチン撮影

・その他

4、 備考