

佐賀県医療センター好生館 放射線科『検査依頼の手順』

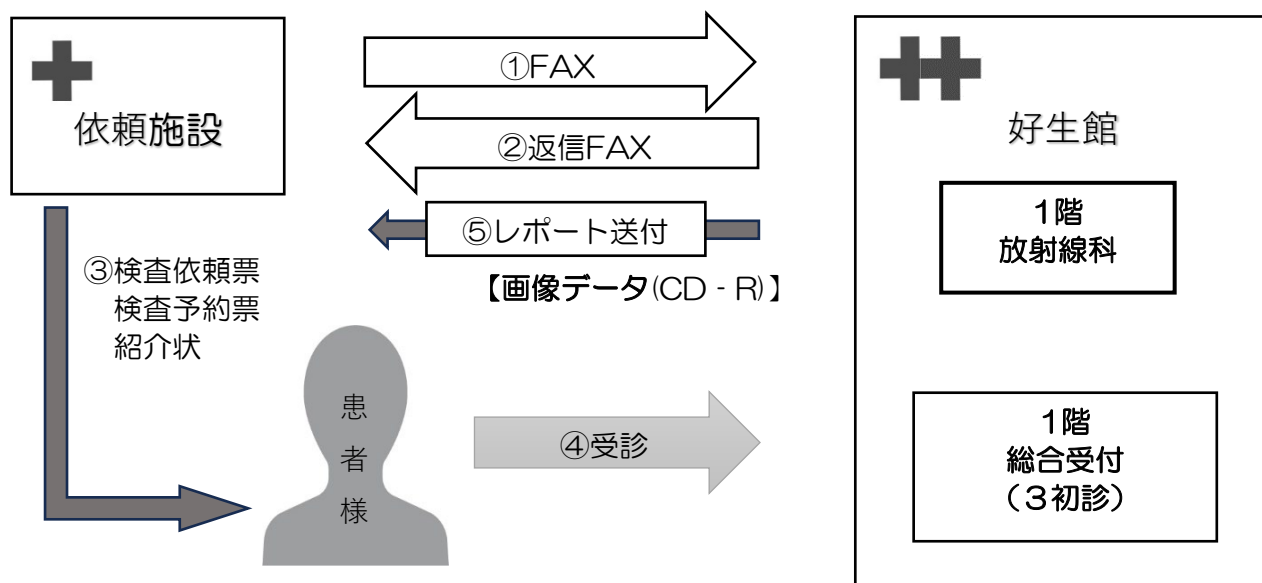
放射線科では最新の放射線機器を用いた以下の画像検査を実施しています。

★ 検査項目 …… CT検査、MRI検査、RI検査

★ 検査日時 …… 月～金

★ 予約から読影レポート送付までの流れ

- ① 必要事項を記入した「検査依頼票」を放射線科（0952-28-1338）にFAXしてください。
- ② 検査日時が決定した「検査依頼票」と「検査予約票」を、FAXにて返信いたします。
※時間によっては、翌日返信になることもあります。
- ③ 「紹介状」、「検査依頼票」、「検査予約票」を、患者さんへ説明の上、お渡しください。
- ④ 患者さんを予約日に当館に受診させてください。
- ⑤ 検査施行後、放射線診断専門医による読影レポートを紹介元の医療機関へ送付いたします。



★ 検査当日の手順

検査の1時間前に1階総合受付（3初診）にお越しください。

持参していただくもの：保険証またはマイナンバーカード、お薬手帳、検査依頼票、検査予約票、心臓ペースメーカー等、体内金属がある方は、機種が分かるペースメーカー手帳・カード
当館診察券（※お持ちの場合）

★ 検査上の注意事項

- ◎ 検査予約票に従って食事止めの指示、その他の注意をお願いします。
- ◎ 妊娠または妊娠の可能性のある方は、あらかじめお知らせください。
- ◎ RI検査ではご依頼の検査内容により曜日に制限があります。予約の際にご確認ください。
- ◎ CT・MRI検査で経静脈性造影剤を使用する検査（造影検査）をご依頼の場合は、腎機能障害の有無または最近の血清クレアチニン値をお知らせください。
- ◎ ビグアイド系糖尿病薬内服の方は造影CT検査ができません。造影CTをご希望の場合は、検査前2日～検査後2日の計5日間、同薬剤の内服中止の指示をお願いいたします。
- ◎ 心臓ペースメーカー装着の方は原則、MRI検査ができません。
ただし、条件付きMRI対応機器装着の場合は、検査予約時に紹介元の医療機関の医師から当館の放射線科医に直接ご相談ください。
- ◎ 検査のキャンセルは必ずご連絡ください。

※お問い合わせは放射線科受付（TEL：0952-28-1198）
（FAX：0952-28-1338）までご連絡ください。

CT・MRI・RI 検査依頼票

FAX(0952)28-1338

1. 依頼元は「情報欄」にご記入後、好生館放射線科(0952-28-1338)にFaxしてください。
2. 患者さんは検査当日、好生館 **初診受付(1階)**に「**紹介状**」と「**保険証**」又は「**マイナンバーカード**」並びに「**お薬手帳**」、この「**検査依頼票**」を提出してください。
(心臓ペースメーカー、神経刺激装置等がある方は、機種が分かる手帳・カードをご持参ください。)

情報欄(欄内に記入してください。)

(1)依頼元								
施設名		FAX						
依頼医師名		TEL						
(2)受診者								
ふりがな								
氏名	(男・女)							
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	(歳)			
好生館受診歴	有・無・不明							
現住所	〒							
(3)検査内容								
検査日	第一希望	年	月	日	(曜)	※希望日に予約できない場合があります。		
	第二希望	年	月	日	(曜)	希望日がない場合は無記入で結構です。		
項目	CT(部位:				造影	有・無)	項目を○で囲み、部位 または検査名、造影の有無の希望を記入してください。 ※造影希望の場合は下記に腎機能の有無もしくは血清Cr値を必ず記入してください。	
	MRI(部位:				造影	有・無)		
	RI(検査名:)		
体内金属	有・無	体内金属の種類						
腎機能障害	有・無	血清Cr	mg/dl(検査日	年	月	日)	ビグアナイド系薬 内服	有・無
画像出力	不要・要					(※検査画像はCD出力となります)		
通信欄								

予約確定済みの検査日時 (以下は記入しないでください。)

検査項目

年 月 日 (曜) 午前・午後 時 分

患者ID

地方独立
行政法人

佐賀県医療センター好生館

佐賀市嘉瀬町大字中原400番地
TEL0952-28-1198(放射線科直通)