

# ご依頼 手順

検査依頼 ありがとうございます。

検査に該当する検査予約表をご用意 お願いします。

◎ご希望 検査日 の候補

◎禁忌事項 をご確認 お願いいたします。

## ① ご予約

当放射線科にてご依頼承ります。

電話番号 放射線科直通 0476-93-1056

病院代表 0476-93-1001

・ご希望検査日時 患者様情報(氏名、生年月日、電話番号等)

をお伺いいたします。

## ② 診療情報

診療情報提供書 ご提示をお願いいたしています。

ご予約確定後に、当院地域連携室まで Fax をお願いいたします。

FAX 番号 0476-93-2010

## ③ 検査当日

検査予約表のご持参をお願いいたします。

検査説明、問診、等 ご確認ご記載をお願いいたします。

## ④ 検査結果について

検査画像は CDR にて患者様に 読影結果は一週間以内に送付

ご確認の程 お願いいたします。

医療法人徳洲会 成田富里徳洲会病院 放射線科

