

CT及びMRI検査依頼について

予約受付時間

平日 8時30分 ～ 17時00分
※単純CTに限り当日を含む平日 9時00分 ～ 16時00分来院まで

予約方法

- ① フリーダイヤル 0120-768-268 (済生会長崎病院放射線科直通)
に電話をして頂き予約日時を決定します。
- ② 予約後、別紙 画像検査・予約申込書 を FAX 番号 0120-548-397
(済生会長崎病院 地域医療連携センター) にご記入の上、送信下さい。
紹介患者さんが、当日来院される前にカルテを作成してお待ちします。

検査結果

当院の放射線科医師が検査終了後読影します。30分以内には患者さんにお渡ししています。

検査前の前処置

- ① 腹部単純CT 検査前一食は、絶食をお願いします。
(水・お茶・お薬は飲んでも結構です。但し、牛乳等の乳製品は胆嚢が収縮するので
摂取しないようお願いします)
- ② 造影CT 部位に関係なく検査前一食は、絶食をお願いします。
(腎臓への負担を軽減する為、是非飲水を勧めて下さい)
腎機能低下の場合、造影検査ができない事があります。最新のBUNとCrの結果を
紹介状にご記入ください。
- ③ 腹部以外の単純CTでは、特に前処置は必要ありません。
- ④ 上腹部MRI 検査前一食は、絶食で(腹部単純CTと同様)お願いします。
- ⑤ 骨盤腔MRI 前処置不要です。
- ⑥ MRCP 検査前一食は、絶飲食をお願いします。
- ⑦ 上記以外のMRIでは、特に前処置は必要ありません。

検査当日

紹介状と保険証を持って、15分前に済生会長崎病院の2階総合受付においで下さい。
受付後、放射線科へ移動して頂きます。
造影CT及び造影MRI検査では、放射線科医が造影剤使用の同意を得ております。

CT検査の医療放射線被ばくに関する同意事項

検査対象となる患者さんに対して、「CT検査は、患者さんに対してX線被ばくというリスクを伴う検査であるが、それを上回る情報(病気があるかないか、あるとすればその程度など)を得られるという恩恵が大きいことから、この検査を勧める」旨を説明していただき、患者さんの同意を得て、その旨を貴院の診療録に記載して下さい。

設置機器ご紹介

CT GE社製 Revolution maxima 64列
GE社製 VCT 64列
MRI GE社製 Signa HDXt 1.5テスラ

< 済生会長崎病院 >

画 像 検 査 ・ 予 約 申 込 書

放射線科 (TEL 0120-768-268) へ予約後、こちらの申込書を FAX 願います。

FAX : 0 1 2 0 - 5 4 8 - 3 9 7 (地域医療連携センター)

済生会長崎病院
地域医療連携センター 行
地域医療連携センター TEL 0120-548-398
受付時間 平日 8:30~17:00

[紹 介 元 医 療 機 関 名]

[電 話]

[主治医・診療科]

検査予定日時 : 令和 年 月 日 () 時 分
(ご予約された日時をご記入下さい。)

◆検査内容 : CT MRI MMG

フリガナ		性 別
氏名	(旧姓)	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
住所	〒	
電話番号		
その他連絡先		

◆検査結果 (どちらか選択ください) フィルム CD-R

< ご紹介患者情報 >

< 保険情報 >

保険者番号		資格取得日	年 月 日
番号・記号	記号	番号	
被保険者氏名		被保険者との続柄	本人 ・ 家族
	公費負担者番号		受給者番号
原爆			
()			

※ 事前カルテ作成のため、保険情報は必ずご記入ください。

なお、予約に関するお問い合わせは放射線科までご連絡下さい。(tel 0120-768-268)

社会福祉法人 思願財団 済生会支部 済生会長崎病院 長崎市片淵2丁目5番1号

電話番号 (代表) 095-826-9236