

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

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。

※MRI検査に限り

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、絶食でお願いします。
(水・お茶・お菓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 腹部以外の単純CTでは、特に前処置は必要ありません。
- ③ 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。
- ④ 骨盤腔MRI 前処置不要です。
- ⑤ MRCP 検査前一食は、絶飲食でお願いします。
- ⑥ 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。

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

(2025年4月改訂版)

受付時間：平日 8：30～17：00

- ① TEL 0120-768-268 (放射線室)へ電話予約
- ② FAX 0120-548-397 へ予約申込書FAX

ご紹介元医療機関名：

ご紹介元医師名：

ご住所：

ご連絡先： TEL FAX

検査内容	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MMG ※CTの検査予約は電話予約で完了となり、FAXは不要です
検査予定日時	月 日 (曜日) 時 分

(ご予約をされた日時をご記入ください。)

患者さん情報			
フリガナ		旧姓	
患者氏名		()	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日	(歳)
住 所	〒 -		
TEL	() -		
その他連絡先			

※ 予約に関しては下記までお問い合わせください。

済生会長崎病院 放射線室(直通) TEL 0120-768-268