

CT・MRI 検査の申し込みについて

●CT・MRI 検査予約の手順

1) CT・MRI 検査依頼書にご記入いただきます。

※太枠内は医師によるご記入に限ります。

2) 光中央病院の検査申込専用電話に連絡をしてください。

電話番号：0833-74-0380

* 電話でのご連絡は、16 時 30 分までにお願いいたします。

3) 検査依頼書の 1 枚目を FAX してください。

FAX 番号：0833-72-0789

4) 日程の都合をお伝えいただき、予約日時を決めてください。

●CT・MRI 検査依頼書について

1 枚目 光中央病院宛

2 枚目 貴院控え

3 枚目 患者様控え

※1 枚目は受診当日、患者様に持参いただき受付に提出してください。

※3 枚目患者様控えは、来院日・検査時間を記入し患者様にお渡しください。

●MRI 検査 来院最終受付 PM 3：30

土曜日のみ来院受付 AM 10：30

※MRI 検査は来院後、問診・専用着衣へ着替えを行います。

●CT 検査 来院最終受付 PM 4：00

土曜日のみ最終受付 AM 10：30

※撮影同意書も同封してください。