



《放射線検査紹介予約のご案内》

地域医療支援病院である当院では、放射線科で行う検査を医療機器の共同利用として、登録医療機関の先生方から検査依頼のご予約をお受けしております。
登録医以外の先生もご利用の際に登録申請を表明いただければご利用可能でございます。
当院放射線科の検査項目に適応がある患者さまのご紹介に、是非ご利用ください。

- ◆ **受付時間** [平日:9時～16時30分]・[第2・4・5土曜日:9時～11時]
- ◆ **予約方法** ご予約の際は「**医療機関さま**」から当院へお電話ください。
患者さまからの予約は受け付けていません。

直通電話番号:045-366-8444 (画像診断・治療部直通:医療機関専用)

1. 受付担当者が「検査の依頼項目」や「当院の受診歴」等を確認させていただきます。
2. 予約可能日時を原則その場でお知らせいたします。
3. 心臓検査は予約決定後に「冠動脈造影CT(心臓CT)検査依頼書」を次のFAX番号に送信し、原本を持参してください。
4. 核医学検査は、予約決定後に次のFAX番号に送信してください。
FAX番号: 045-366-8434 (画像診断・治療部直通)

◆ 注意事項

- MRI検査は、別紙の「MRI検査問診票」の内容をご確認いただき、**体内金属がある場合は、必ず事前に対応した医療機関にMRIが可能かどうかご確認のうえ、ご依頼ください。**
- 造影検査の場合は、別紙の「造影検査同意書・問診票」等の内容を事前にご確認ください。
また、診療情報提供書に**4ヵ月以内の腎機能採血データ(CrあるいはeGFR)の記載を必ず**お願いいたします。**造影CTの場合、ビグアナイド系糖尿病薬を内服中の方は休薬期間が必要**になります。

【検査結果について】

- 画像は原則CD-Rで読影報告書(診療情報提供書)と共に、後日(1週間以内)に依頼元の先生宛に郵送いたします。

【検査当日患者さまにご持参いただくもの】

- ① 放射線科宛の「紹介状(診療情報提供書)」、「健康保険証」、「当院の診療券(受診歴のある方)」
- ② MRI検査の場合は「MRI検査問診票」※(要事前記入)
- ③ 造影検査の場合は「造影検査問診票」と裏面の「造影検査同意書」※(要事前記入)

※MRI検査・造影検査には問診票等が必要となります。

ご利用の際には、問診票等を<https://seibu.marianna-u.ac.jp/guide/medical-personnel/radiation/>よりダウンロードないしはお送りしますので、直通電話番号までご連絡ください。

【検査当日の受付について】

- 患者さまは、検査予約時間の**1時間前**に「総合案内」(正面玄関をに入って左手)へお越しください。
- 介助が必要な患者さまや未成年の患者さまは、18歳以上のご家族などが同伴でご来院ください。**

2025年1月

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
〒241-0811 横浜市旭区矢指町1197-1
電話:045-366-1111(代表)(内線4150)