

検査依頼手順

1. 電話にて検査予約をしてください。

クイックイイハート
フリーコール : 0800-9191810 (9:00~20:00、日曜日・祝日を除く)

2. 「検査依頼票・診療情報提供書」に必要事項を記入してください。

- 臨床経過および検査目的は簡単な記載内容でも可能です。
- 直接クリニックにお電話にてご指示いただくことも可能です。
- 1か月以内にクレアチニンを測定している場合は、クレアチニン値を臨床経過および検査目的の記載欄に記入してください。

3. CT 検査もしくは MR 検査の問診の実施ならびに造影剤使用の説明を行なってください。

- 病院で日常使用している問診票ならびに説明・同意書を使用いただいて結構です。
- 問診票ならびに説明・同意書がお手元がない場合、当クリニックのホームページよりダウンロードしてお使いください。 <http://www.cviclinic.com>
- 当クリニックでの検査は造影検査が基本となりますので、造影剤の使用説明は必ず行なってください。 (同意書は当日に当クリニックでの対応も可能です。)

4. 「検査依頼票・診療情報提供書」の 1 枚目のみを FAX にて当クリニックまで送信してください。

FAX 番号 : 03-5206-5958

5. 「検査依頼票・診療情報提供書」の 2 枚目を患者様にお渡しください。

- CT 検査もしくは MRI 検査の前に診察や前処置などを行いますので 検査予約時間の 1 時間前に来院 いただくよう患者様にご説明ください。
(例: 検査開始時間が 10:00 の場合は 9:00 に来院)
- お手元に「検査依頼票・診療情報提供書」がない場合は、当クリニックホームページよりダウンロードしてお使いください。 <http://www.cviclinic.com>

患者様に関する病状や検査に関してのご指示などございましたら、お電話ください。
院長もしくは診療部長が直接対応させていただきます。

お問い合わせ電話番号 : 03-5206-5956 (代表)