

検査予約方法 (CT・MRI・胃カメラ・超音波)

外部医療機関様

精査依頼書送付

検査依頼書(様式1)に必要事項を記入して頂き FAX して下さい。

FAX 076-252-2369

検査日確定

依頼書を頂いてから約30分で検査日を確定します。

- ① 様式2・検査予約書(医療機関用)
- ② 様式3・検査案内(患者様用)
- ③ 検査説明書(患者様用)をFAX致します。
- ④ 同意書

上記の書類をFAXで送付致します。

②・③・④を患者様にお渡し下さい。

同意書④を患者様に記入してもらって下さい。

検査実施

検査実施

診察はありません。検査のみ実施となります。

ご注意ください。

結果郵送

検査日から概ね10日後に紹介元医療機関へ結果を郵送致します。

お問い合わせ

金沢社会保険病院 地域医療連携センター

〒920-8610 金沢市沖町ハ15

TEL:076-253-5069(直通) FAX:076-252-2369