検査のみの依頼について (MRI、超音波、CT、胃カメラ、心臓超音波、神経伝導、骨密度)

検査依頼

「検査依頼書(様式1)」に必要事項を記入して、
地域医療連携センター宛にFAXしてください。

JCHO金沢病院 地域医療連携センター

TEL 076-253-5069(直通)

FAX 076-252-2369(直通)

【お急ぎの場合】お電話ください。

空き状況のお知らせおよび仮予約いたします。
仮予約後、FAXをお送りください。

検査日確定

予約日時確定後(概ね30分以内)に、
以下の書類をFAXにて返信いたします。

- ①検査案内
 - ②検査説明書
 - ③「同意書・説明書」(造影CT、造影MRI、胃カメラの場合)
- 上記①、②、③を患者様に渡してください。

造影検査、胃カメラの場合は、貴院にて患者様にご説明
いただき、同意書への署名をお願いしてください。

検査当日

検査当日は、1階受付※へお越しいただくよう、ご説明ください。

※ 初めての方は「1番 初診受付窓口(初めての方)」へ、
再診の方は1階ブロック横「再診受付機」

○当日、ご持参いただくもの

- ・診察券(JCHO金沢病院の診察券をお持ちの方)
- ・健康保険証
- ・検査依頼書(様式1)
- ・同意書と説明書原本(造影検査、胃カメラの場合)

検査終了後

検査終了後、数日中に紹介患者受診(検査)報告書等を貴院宛に郵送
いたしますので、患者様への結果説明をお願いいたします。
検査内容によっては、当日、患者様にお渡しする場合がございます。

問合せ先

JCHO金沢病院 地域医療連携センター

TEL: 076-253-5069(直通)

FAX: 076-252-2369(直通)