医療機関　各位

検査のみの依頼について
（胃カメラ、CT、MRI、超音波、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、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CT、MRI、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。

※MRI検査の同意書
一般撮影・・・MRI検査同意書のみ（1種類）
造影撮影・・・MRI検査同意書、
造影検査同意書・説明書（3種類必要）

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」

〇当日、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）　原本
・同意書と説明書原本（造影CT、MRI、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もございます。

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）

202406改
202503改
202506改
202606改