

MRI検査の手順



MRI検査を希望される場合は、
かかりつけ・紹介元医療機関より、地域医療連携室あてに
「MRI検査依頼書」をFAXしてください

FAX番号:0463-81-1785(24時間受信)

電話番号:0463-81-1784

(月～金:8:30～16:00 年末年始、祝日除く)



地域医療連携室にて予約をとり、
「予約票」をFAXいたします

おねがい



患者さんには、「MRI検査依頼書」「予約票」をお渡しください
造影MRIの場合は、「造影MRI検査説明・同意書」により、
事前のご説明をお願いいたします



検査日

検査当日は検査予約時間の
20分前までに、
初診受付におこしください



持ち物

MRI検査
依頼書

予約票

健康保険証

造影MRIの場合

造影MRI検査
説明・同意書

問診票



検査結果(読影レポート、フィルム)は、
2日以内にお届けいたします