

西大阪病院 CT / MRI検査につきまして

当院では、地域医療に力を入れ、近隣の先生方のお役に立てるよう努力しております。その一環といたしまして、当院の検査設備を近隣の先生方が、当院の常勤医と同じような感覚でご利用いただける体制を整えております。お気軽にお問合せ下さい。

<CT / MRI検査予約の流れ>



貴院
(依頼元)

西大阪病院 地域連携室（06-6475-0001（代））まで
お電話にて連絡下さい。

検査日時を確定し、「検査について(患者様用)」等の必要書類を
貴院へFAXさせていただきます。



西大阪病院
地域連携室

「MRI / CT検査依頼書」をご記入の上
当院にFAX（06-6475-1888）をお願い致します。

患者様に当院へご持参頂くもの

◆ 診療情報提供書（必要な場合のみ）

◆ CT検査の場合

「CT検査について(患者様用)」

「造影CT/MRI検査説明 同意書」(造影検査の場合のみ)

→ 患者様にご説明の上、ご署名を頂いて下さい。

◆ MRI検査の場合

「MRI(磁気共鳴画像診断)について(患者様用)」

「造影CT/MRI検査説明 同意書」(造影検査の場合のみ)

→ 患者様にご説明の上、ご署名を頂いて下さい。

「MRI検査事前チェックリスト」

→ すべての質問にご回答頂いた上で、検査が可能であることをご判断の上、
ご署名、ご依頼ください。

検査終了後、貴院へお渡しするもの

- 画像 : 本人渡し / 郵送
- 読影レポート : FAX / 郵送 / メール添付(PDF)

※データ、所見の受渡方法は上記よりご選択頂けます。