

単純 CT・単純 MRI・骨密度検査受託のご案内



※ 外来を通さず検査のみを行います

ご依頼方法

「単純 CT 検査依頼書」・「単純 MRI 検査依頼書」・「骨密度検査依頼書」専用依頼書を記載し、放射線科へ FAX：022-306-2175 ⇒ 放射線科より予約票を FAX いたします。

単純CT検査依頼書	
〒980-8555 仙台市青葉区中央 仙台南病院 放射線科 FAX: 022-306-2175	
患者氏名	()
生年月日	年 月 日 性別 男・女
画像出力方法	(D-FORM・フィルム)
撮影部位	頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤部 四肢 関節 椎間 腰椎 頸椎 肋骨 肩関節 肘関節 手関節 足関節 足指 足趾 手足指 足趾 股関節 膝関節 肘関節 手関節 足関節 足指 足趾
撮影日時	年 月 日 () 午前・午後
備考	
撮影レポート	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (空白は時間以内) 返日

単純MRI検査依頼書	
〒980-8555 仙台市青葉区中央 仙台南病院 放射線科 FAX: 022-306-2175	
患者氏名	()
生年月日	年 月 日 性別 男・女
画像出力方法	(D-FORM・フィルム)
撮影部位	頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤部 四肢 関節 椎間 腰椎 頸椎 肋骨 肩関節 肘関節 手関節 足関節 足指 足趾
撮影日時	年 月 日 () 午前・午後
備考	
撮影レポート	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (空白は時間以内) 返日

骨密度検査依頼書	
〒980-8555 仙台市青葉区中央 仙台南病院 放射線科 FAX: 022-306-2175	
患者氏名	()
生年月日	年 月 日 性別 男・女
撮影部位	腰椎 (L1-L4) 腕関節 (左手・右手)
撮影日時	年 月 日 () 午後
備考	
撮影レポート	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (空白は時間以内) 返日

患者さんの流れ

1. 検査当日は予約時間 30分前に 1階 1番窓口へ来院
 2. 患者 ID 発行手続き (保険証 or マイナンバーカードをご持参ください)
 3. 放射線科へご案内
 4. 撮影
 5. 撮影画像(CD-ROM)を患者様にお渡し ⇒ 帰宅 ≡ 当院でのお会計はありません ≡ (検査結果の説明はご紹介元で行っていただきます)
- ※ 読影依頼がある場合は、読影結果を紹介元へ FAX のうえご郵送いたします。

検査費用について

患者様への窓口負担金の徴収と、診療報酬の請求は紹介元医療機関で行ってください。
 ➢ レセプトには必ず「 JCHO 仙台南病院の機器使用 」とご記入をお願いいたします。
 検査費用につきましては、後日当院経理課より請求書をご郵送致します。

※ 請求方法のお問い合わせは医事課、お支払いに関しましては経理課までご連絡ください。
 病院代表：022-306-1711