

西原町脳神経外科クリニック
東京都府中市西原町 2-18-1 マツシマビル 2F

西原町脳神経外科クリニック 画像検査依頼について

TEL：042-571-9571

FAX：042-571-9572

<はじめに>

- ・ 検査可能日：月曜-日曜日 9：00-17：00（日曜は第 2.4 のみ）
- ・ 駐車場完備
- ・ CT、MRI を完備しており原則当日検査可能です。
- ・ 検査部位は原則問いませんが読影結果は頭部領域のみの添付になります。
- ・ 日曜検査の場合、読影結果は後日になります。予めご了承ください。
- ・ 撮影は原則当院のルーチンで行います。ご希望の撮影がございましたらお申し付けください。
- ・ 画像情報(CD-R)、読影結果(頭部領域)は原則当日患者様にお渡し致します。
- ・ 当院の装置上、検査をお断りする場合がございます。

<予約方法>

お電話 042-571-9571 より以下の情報をお教えてください。

1.貴施設名
2.ご希望の日時
3.患者様氏名、年齢
4.電話番号
4.検査部位(造影の有無)
5.その他伝達事項

- ・ 複写式の検査申込書にて患者様氏名、生年月日、日時、検査部位、臨床診断、所見等をご記入ください。
- ・ MRI はチェックリストをご記入下さい。
- ・ 各貴院様の診療情報提供書も併せてご記入下さい。
- ・ 検査申込書、診療情報提供書は患者様ご持参でお願いします。