

## 核医学 (RI) 検査 申込み手順書

1. 『核医学検査 (RI) 申込書 (診療情報提供書) (様式 2)』を作成の上, 当院地域医療連携室 (FAX : 0824-65-0159) へ FAX 下さい。検査希望日がある場合は 2 診療日以降の日付を記入下さい。(翌日 (翌診療日) の予約がとれませんのでご留意下さい。  
※受付は平日 (月曜日～金曜日) 8 時 30 分～16 時 30 分です。
2. 当院地域医療連携室から『核医学検査 (RI) を受けられる方へ (様式 3)』に検査予約日を記載の上, 『核医学 (RI) 検査について・必ずお読みください (様式 4)』と併せて FAX します。  
※原則 30 分以内に予約日時を調整の上, FAX します。調整に時間がかかる場合は紹介元医療機関へ連絡します。
3. 患者に説明の上, 様式 3, 様式 4 を患者へお渡しください。検査当日様式 3 は保険証と併せて持参するよう伝えて下さい。
4. 検査後一週間程度で検査所見と画像データを送付いたします。患者様への結果説明は、紹介元医療機関からお願いします。

ご不明な点がございましたら下記にご相談ください。

**検査の内容などに関すること**

市立三次中央病院放射線科 (TEL : 0824-65-0101 (代) 内線 2150)

**予約の取り方などに関すること**

市立三次中央病院地域医療連携室 (TEL : 0824-65-0239 (直通))

- ※ 心筋シンチの検査を希望の場合は, 検査の前に一度当院循環器内科の受診をお願いします。(地域連携室にて循環器内科の受診予約をお取りしますのでお申し出ください。)