

# 画像診断検査申し込みについて

患者さんを『画像診断検査』の依頼目的でご紹介いただくときは

1. 検査日のご予約につきましては、下記の画像診断センターの直通電話までお電話ください。  
共同利用直通電話（FAX 兼用） **0986-23-5005**
2. 診療情報提供書（画像診断検査申込書）を FAX にて地域医療連携室にお送りください。  
（画像診断検査申込書・検査説明書はホームページからダウンロードできます。ご活用ください。）
3. カルテを事前に準備して、紹介患者さんの来院をお待ちしております。  
※患者さんの受付窓口での待ち時間短縮のため、FAX による診療申し込みをご利用ください。
4. 歯科の画像検査のみの場合は、月～木曜日のみとなります。  
※画像検査及び歯科の診察希望の場合は、画像診断センター受付ではなく、歯科口腔外科へお申し込みください。



## お願い

- ◎診療情報提供書に現在の処方请务必ご記入ください。  
造形検査の場合、糖尿病のお薬で休薬が必要な場合があります。  
検査日の前後2日間です。（トータル5日間）  
ご確認をお願いいたします。（薬名：グリコラン・メルビン・ネルビン・メデット・メトリオン等）

## お問い合わせ先



独立行政法人国立病院機構 都城医療センター 画像診断センター  
住所： 〒885-0014 宮崎県都城市祝吉町 5033 番地 1  
電話番号： **0986-23-5005** 共同利用直通番号（FAX 兼用）