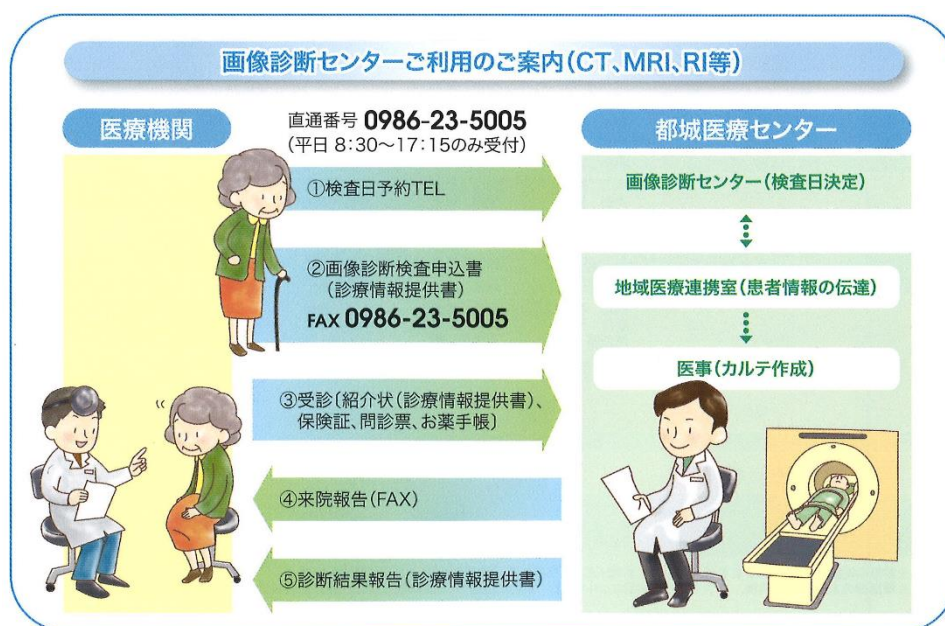


画像診断検査申し込みについて

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. 画像センターへTEL 検査日予約 【0986-23-5005 共同利用直通電話（FAX 兼用）】
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下さい。
（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出来ます。ご利用下さい。）
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）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务必ず記入下さい。
- 造影検査の場合、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)
- ご確認をお願いします。(薬名：グリコラン・メルビン・ネルピン・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

〒885-0014 宮崎県都城市祝吉町5033番地1

0986-23-5005 共同利用直通電話(Fax 兼用)