

高松医療センター 画像診断検査のご案内

**MRI・CTなどの画像診断検査のご予約は
地域医療連携室へご連絡下さい**

高松医療センター 地域医療連携室直通

TEL：087-841-2162

FAX：087-841-2178

下記要領で実施します。

- ①地域医療連携室へご連絡下さい。
- ②希望日に合わせて検査予約を致します
※検査内容によっては当日のご依頼にも対応致します。
- ③当院から検査予約票をFAX致します。
- ④予約日にご来院頂き検査致します。
※画像のCD-ROMはその場でお渡しできます。
- ⑤検査結果は放射線科の読影後、郵送致します。

※検査結果の説明について

患者さまへの告知や臨床経過なども含め、読影所見や画像結果を参考に貴院にてご説明下さいますようお願い致します。

当院ホームページはこちら



画像診断検査をご利用ください

このようなニーズに
お応え致します



- ☐ 放射線科に読影してもらいたい
- ☐ 専門外の疾患の精査を行いたい
- ☐ 2次検診後の精査のため画像診断検査を行いたい
- ☐ 最短即日で画像が欲しい
- ☐ 忙しくて画像の隅々までチェックすることが難しい

高松医療センターでは

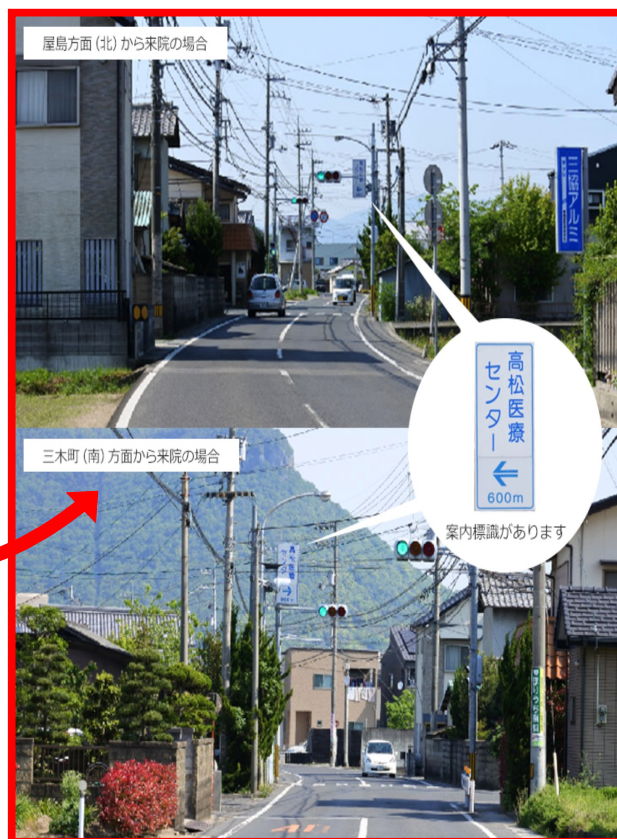
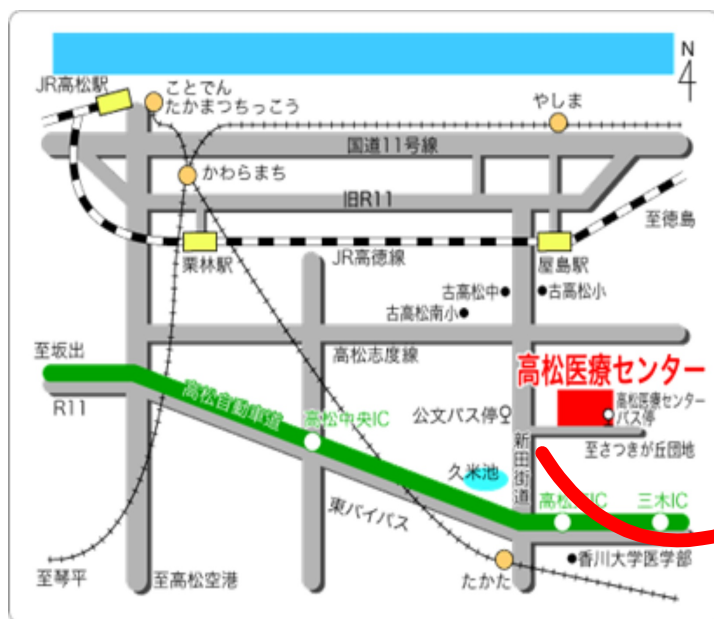
香川大学医学部附属病院放射線診断科と連携し読影しております。画像のCDとは別に、後日放射線科の読影レポートをお送り致しますので、放射線科医師とご紹介頂いた先生とのダブルチェックによる、異常所見の見落としを防ぐことが期待できますし、より適切に専門外来への紹介の可否を判断することにつながると思います。

また検診後の患者様の不安軽減、ならびに早期の治療につなげるためにも当院での画像診断検査をご検討いただけたらと思います。画像データは検査後15分ほどで患者様にお渡しすることができます。

交通アクセス

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....



病院入口



アクセスの詳細はこちら



画像検査依頼書（MRI撮影依頼用）

医療機関名: _____

醫師名：_____

T E L:

F A X:

高松医療センター

地域医療連携室

TEL:087-841-2162

FAX: 087-841-2178

□ 検査希望日 令和 年 月 日 午前・午後 時頃

☐ 当日検査希望 午前・午後

※造影検査は(月)・(木)曜日14時です。30分前に来院いただく必要があります。

フリガナ 患者氏名	姓)	名)	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日
			性 別	男 ・ 女			
検査結果について	☐ CDを患者様へお渡し ☐ CDを貴院へ郵送						
臨床診断名 (疑いを含む)							
紹介目的 臨床経過 検査結果等	※診療情報提供書を添付の場合は、下記のご記入は不要です。 ☐ 画像診断のみ希望						
検査部位	☐ 頭部 ☐ 頭部 + MRA ☐ 頸部 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 肩関節(右 ・ 左) ☐ 肘関節(右 ・ 左) ☐ 手関節(右 ・ 左) ☐ 股関節(右 ・ 左) ☐ 膝関節(右 ・ 左) ☐ 足関節(右 ・ 左) ☐ 腹部 ☐ 骨盤腔 ☐ MRCP ☐ その他()						
造影検査	☐ 無 ☐ 有：直近3ヶ月以内のクレアチニン値をお知らせください						
検査必須問診 (体内金属等について)	☐ 無 ☐ 体内の埋め込み型電子機器 (インスリンポンプ・ペースメーカー等) ☐ 刺青 ☐ 持続グルコース測定器 (チェックがある場合: ☐ 除去して撮影可) ☐ 妊娠 ☐ 閉所恐怖症 ☐ その他の体内金属()						
造影検査問診 ※造影検査希望時に ご記入ください	・造影剤アレルギー (有 ・ 無) ※造影剤アレルギーのある方は造影検査ができない場合がございます。 ・現在治療中の気管支喘息 (有 ・ 無) ・腎不全 (有 ・ 無) ※上記以外にも造影検査にあたって注意が必要な場合はお申し出下さい。						

※所見は毎週水曜日の作成となります。

画像検査依頼書（CT撮影依頼用）

医療機関名：_____

医師名：_____

T E L：_____

F A X：_____

高松医療センター

地域医療連携室

TEL:087-841-2162

FAX:087-841-2178

☐ 検査希望日 令和 年 月 日 午前・午後 時頃

☐ 当日検査希望 午前・午後

※造影検査は(月)・(木)曜日14時です。30分前に来院いただく必要がございます。

フリガナ 患者氏名	姓) _____ 名) _____	生年月日 _____	大・昭 平・令 年 月 日
		性 別	男 ・ 女
検査結果について	☐ CDを患者様へお渡し ☐ CDを貴院へ郵送		
臨床診断名 (疑いを含む)			
紹介目的 臨床経過 検査結果等	※診療情報提供書を添付の場合は、下記のご記入は不要です。 ☐ 画像診断のみ希望		
検査部位 ※必要部位を全て チェックしてください	☐ 頭部 ☐ 副鼻腔 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤 ☐ 脊椎() ☐ 四肢関節() ☐ その他()		
造影検査	☐ 無 ☐ 有：直近3ヶ月以内のクレアチニン値をお知らせください		
検査必須問診 (体内金属等について)	☐ 無 ☐ 体内の埋め込み型電子機器（インスリンポンプ・ペースメーカー等） ☐ 持続グルコース測定器（チェックがある場合：□装着したまま撮影・□除去して撮影可） ☐ その他の体内金属（ ）		
造影検査問診 ※造影検査希望時に ご記入下さい	・造影剤アレルギー（有 ・ 無 ） ※造影剤アレルギーのある方は造影検査ができない場合がございます。 ・現在治療中の気管支喘息（有 ・ 無 ） ・腎不全（有 ・ 無 ） ・糖尿病(ビグアナイド系薬内服中)(有 ・ 無) 【有の場合:休薬期間 月 日～ 月 日】 ※上記以外にも造影検査にあたって注意が必要な場合はお申し出下さい。		

※所見は毎週水曜日の作成となります。