

核医学検査 お申込み手順

①

「**①** 核医学検査依頼書・診療情報提供書」と「**②** 核医学検査 同意書」に必要事項をご記入の上、当院へFAXを送信してください。

貴院作成の紹介状もありましたら一緒に送信してください。

予約日時は電話でお伝えした日時をご記入下さい。

甲府脳神経外科病院 FAX:055-226-9521

②

「**③** 核医学検査 予約表」に検査予約日時を記入し「**①**・**②**・**③**」を患者様にお渡し下さい。

③

患者様には、「**①**・**②**・**③**」と保険証を持参し、検査予約時間の30分前に甲府脳神経外科病院 ②番受付にご来院いただくようにご説明下さい。

④

依頼内容の核医学検査を実施いたします。

⑤

後日、読影結果レポートと検査画像(CD-R)をFAXおよび郵送いたします。

〒400-0805 山梨県甲府市酒折1-16-18

医療法人社団 篠原会 甲府脳神経外科病院

TEL:055-235-0995