

当院では上記検査につきまして、検査のみのご利用を承ります。  
当院の機器を利用していただき、検査結果については  
依頼をいただいた医療機関様へお返しするというものです。

(ご依頼の手順)

- ① 検査予約は、先生方より電話にて地域連携室までご連絡ください  
(平日)月～金曜日 9:00～17:00 電話 03-3738-8221 (代表)  
ご連絡をいただいた時点で患者さんのご都合を確認し、調整のうえ  
予約日を決定いたします。
- ② 「診療情報提供書(放射線科依頼書)」  
の検査前確認項目にチェックを入れ、必要事項をご記入いただき、  
地域連携室にFAX送信ください。 FAX 03-5744-3280 (直通)  
\*「診療情報提供書(放射線科依頼書)」原本は患者さんご本人にお渡し  
いただき、検査予約当日にお持ちいただくようご案内願います。
- ③ 造影検査の場合、患者さんご本人より「造影検査同意書」にご記入をいただき、  
検査予約当日にお持ちいただくようご案内願います。

(検査予約当日のご案内)

- ① 検査予約当日は、  
ご予約時間の30分前までに外来受付にお越しいただきます。  
(当日お持ちいただく物)  
○保険証 ○各種医療証等 ○診療情報提供書(放射線科依頼書)  
を提出後、受付をいたします。\*当院の診察券をお持ちの方は受付時にお出ください  
受付終了後、放射線科へご案内いたします。
- ② 検査、会計が済みましたら終了となります。

(検査結果のご案内)

検査結果(画像 CD-R等、読影結果)は、依頼元医療機関へ後日送付いたします。  
「検査結果説明」は先生方よりお願いいたします。  
\* 検査結果は、検査日より1週間程度で到着するよう送付いたします

<お問い合わせ先>  
独立行政法人地域医療機能推進機構  
東京蒲田医療センター 地域連携室  
平日 月～金曜日 8時30分～17時  
TEL 03-3738-8221 (代表)  
FAX 03-5744-3280 (直通)