

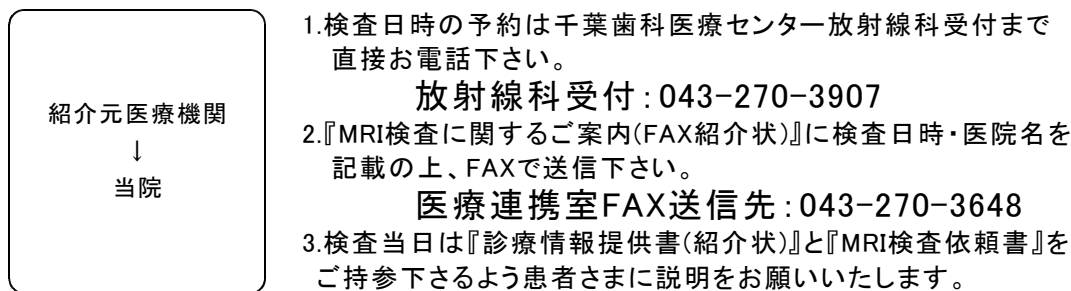
東京歯科大学千葉歯科医療センター
MR画像診断(顎関節MRI検査)のご案内

検査は予約制です。予約方法ならびに必要な書類等については以下をご覧ください。

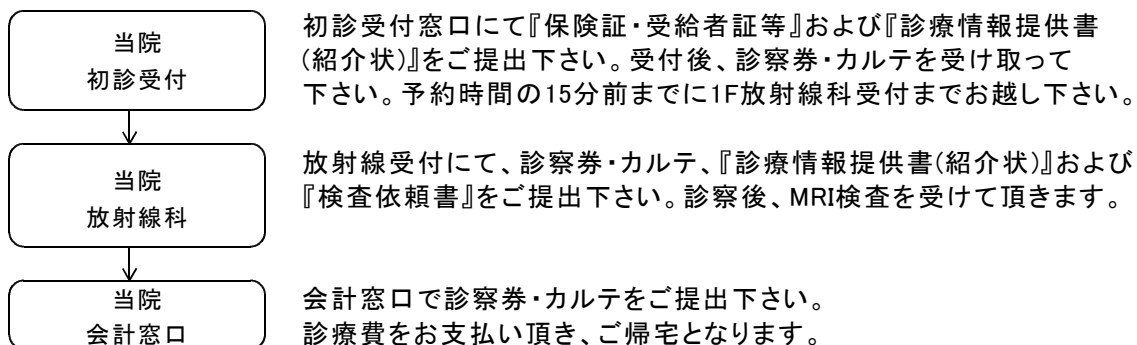
ご用意頂くもの

- ①『MRI検査に関するご案内(FAX紹介状)』
必要事項を記載し、当院医療連携室宛てにFAX送信願います。
 - ②『診療情報提供書(紹介状)』
必要事項を記載し、紹介目的欄には「MRI検査依頼」と記載下さい(※2)。
 - ③『MRI検査依頼書』(※3)
全ての項目について記載をお願い致します。
不備がある場合、MRI検査を受けて頂くことができないことがあります。
- ※1 検査予約後、①をFAXにて送信し、検査当日は患者様に②③をご持参下さるようご指示願います。
- ※2 診療情報提供書(I)250点を算定し、そのコピーはカルテに保存願います。
- ※3 検査依頼書等は東京歯科大学千葉歯科医療センターホームページよりダウンロード出来ますが、医療連携室より郵送にてお送りすることも出来ますのでご希望の場合はご連絡下さい。
- ※4 歯科口腔リハビリテーション料2の算定を行うためには施設基準届出が必要となります。

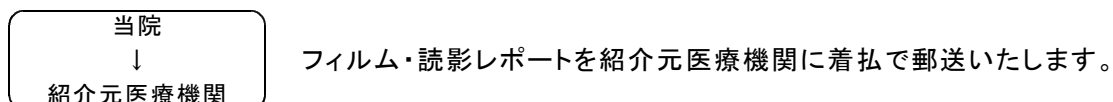
検査予約



ご来院後の流れ



診断結果報告



東京歯科大学千葉歯科医療センター

〒261-8502 千葉市美浜区真砂1-2-2

医療連携室 043-270-3979 (医療連携に関する問い合わせ)

放射線科 043-270-3907 (MRI検査に関する問い合わせ)

診療時間: 平日 9:00~17:30、土曜日9:00~12:30 (第2土曜日を除く)