



メディグル 放射線検査予約 紹介元医療機関向け ご利用ガイド

- 01 はじめに
- 02 ログイン
- 03 予約手順
- 04 情報入力方法
- 05 予約内容の確定 診療情報提供書を**事前にFAXする**場合
- 06 予約内容の確定 診療情報提供書を**本システムで作成する**場合
- 07 管理画面の使用方法

01 はじめに

当院では地域の医療機関の皆様を対象に
紹介患者様の予約をWEB予約システムで受け付けております。

ご利用に関する注意点

本システムをご利用いただくにあたり、アカウント登録が必要です。
下記URLまたは、QRコードよりアカウント新規発行をご依頼ください。

https://medigle.jp/reserve_account.html



※メディグル予約を導入している病院へは、共通のID・パスワードで予約することが可能です。

システムに関するお問合せ

本システムはメディグル株式会社が提供しております。
アカウント新規発行依頼・ご利用方法につきましては、以下の連絡先までお問い合わせください。

メール：info-yoyaku@medigle.jp

営業時間：9:00～18:00（平日のみ）

予約の変更・キャンセル

当院外来紹介予約センターまで、
お問い合わせください。

国立病院機構熊本医療センター
外来予約センター

TEL：096-353-6565 / 096-353-6566
営業時間：8:30～17:00（平日のみ）



※本システムは医療機関がご利用頂けるシステムです。
※推奨ブラウザは、Chromeの最新バージョンとなっております。

02 ログイン

「ユーザー名」「パスワード」を使ってログインします

※アカウントが未取得の場合、
以下のフォームから申請をお願いいたします。

■アカウント申請フォーム

https://medigle.jp/reserve_account.html

A screenshot of a laptop displaying the Medigle login interface. The page title is 'medigle 予約' (Medigle Reservation) with the subtitle '地域医療連携WEB予約システム' (Regional Medical Collaboration Web Reservation System). The main heading is '独立行政法人国立病院機構 熊本医療センター 専用予約フォーム' (Specialized Reservation Form for National Hospital Organization Kumamoto Medical Center). The login section includes a text input field with 'abc@medigle.jp', a password input field labeled 'パスワード入力', and a blue 'ログイン' (Login) button. Below this, a note states: '本システムはメディグル株式会社が提供しています。アカウントの新規発行・ご確認は以下よりご依頼ください。' (This system is provided by Medigle Co., Ltd. Please request new account creation or confirmation from below). A red rectangular box highlights the link '新規アカウントの発行' (New Account Creation). At the bottom, there is a link for 'ユーザー名/パスワードをお忘れの場合、' (If you forget your username/password).

03 予約手順

①検査→②放射線科→③希望する検査名→④再度希望する検査名の順で予約に進みます。
※必ずコメントを確認してください。

①「検査」を選択する

希望を選択してください。

※予約前に必ずお読みください※

- ・診療情報提供書を確認後に予約確定となります。文面に「Web予約」と記載いただき、可能な限り本日中午にFAXをお願いいたします。
- ・マイナンバーカードをご持参いただくこと、および混雑防止のため予約時間の1時間前より受付できますことを患者さまへお伝えください。
- ・近日中の予約、希望日の予約が空いていない場合や、予約の変更・キャンセルは、当院外来紹介予約センター（096-353-6565/096-353-6566）までお問い合わせください。

診療

検査

②「放射線科」を選択する

選択: 検査

希望を選択してください。

放射線科

- ・WEB予約はCT検査（単純）、MRI検査（単純）、RI検査（骨シンチ）のみとなっております。
- ・造影CT検査、造影MRI検査、骨シンチ以外のRI検査を希望される場合は、下記の電話番号から放射線科受付までお電話ください。
TEL096-353-6501（内線5717）もしくは096-353-6565、096-353-6566
- ・各検査の詳細、検査当日の流れにつきましては、当院HPをご確認ください。
https://kumamoto.hosp.go.jp/profession/referral_center.html

③「希望する検査」を選択する（例 CT）

選択: 検査 > 放射線科

希望する検査を選択してください。

CT

- ・WEB予約は単純検査のみとなっております。
- ・造影検査を希望される場合は、下記の電話番号から、放射線科受付までお電話ください。
TEL096-353-6501（内線5717）もしくは096-353-6565、096-353-6566
- ・CT検査の詳細、検査当日の流れにつきましては、当院HPをご確認ください。
https://kumamoto.hosp.go.jp/profession/referral_center.html

MRI

- ・WEB予約は単純検査のみとなっております。
- ・紹介患者の条件付きMRI対応心臓横断切面検査はできません。
- ・造影検査を希望される場合は、下記の電話番号から、放射線科受付までお電話ください。
TEL096-353-6501（内線5717）もしくは096-353-6565、096-353-6566
- ・MRI検査の詳細、検査当日の流れにつきましては、当院HPをご確認ください。
https://kumamoto.hosp.go.jp/profession/referral_center.html

RI（骨シンチ）

- ・骨シンチ以外のRI検査は電話予約となります。
- ・下記の電話番号から、放射線科受付までお電話ください。
TEL096-353-6501（内線5717）もしくは096-353-6565、096-353-6566
- ・RI検査の詳細、検査当日の流れにつきましては、当院HPをご確認ください。
https://kumamoto.hosp.go.jp/profession/referral_center.html

④「希望する検査」を選択する（例 CT）

選択: 検査 > 放射線科 > CT

希望を選択してください。

CT

- ・検査申込み後、検査当日の注意事項等が記載された、CT予約表をダウンロードし、患者様にお渡しください。
- ・検査申込み後、診療情報提供書を事前にFAXする場合、予約申込完了後に表示されるページから予約資料を一括ダウンロード後、「WEB画像検査予約ファックス送信表」に必要事項を記入後、FAXしてください。

※MRI検査の場合は「MRI」、
RI（骨シンチ）の場合は「RI」を選択してください。

情報入力

予約枠の選択

カレンダーより希望の日時を1つ選択します。
日程を選択すると検査時間が表示されます。
検査時間を選択してください。

⑤希望の予約日時を選択します。

選択: 検査 > 放射線科 > CT > CT

← 戻る

CT

ご希望の予約日を選択してください。

← 前月

最短予約日へ移動

次月 →

日	月	火	水	木	金	土
-	-	-	7/1	7/2	7/3	7/4
-	-	-	-	-	-	-
7/5	7/6	7/7	7/8	7/9	7/10	7/11
-	-	-	-	-	-	-
7/12	7/13	7/14	7/15	7/16	7/17	7/18
-	-	-	-	-	-	-
7/19	7/20	7/21	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
7/26	7/27	7/28	7/29	7/30	7/31	-
-	-	-	-	○	○	-

希望日時をクリック

2026年7月30日

10:30 >

検査時間をクリック

選択: 検査 > 放射線科 > MRI > MRI

← 戻る

MRI

ご希望の予約日を選択してください。

← 前月

最短予約日へ移動

次月 →

日	月	火	水	木	金	土
-	-	-	7/1	7/2	7/3	7/4
-	-	-	-	-	-	-
7/5	7/6	7/7	7/8	7/9	7/10	7/11
-	-	-	-	-	-	-
7/12	7/13	7/14	7/15	7/16	7/17	7/18
-	-	-	-	-	-	-
7/19	7/20	7/21	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
7/26	7/27	7/28	7/29	7/30	7/31	-
-	-	-	○	-	○	-

希望日時をクリック

2026年7月29日

14:30 >

検査時間をクリック

選択: 検査 > 放射線科 > RI (骨シンチ) > RI

← 戻る

RI (骨シンチ)

ご希望の予約日を選択してください。

← 前月

最短予約日へ移動

次月 →

日	月	火	水	木	金	土
-	-	-	7/1	7/2	7/3	7/4
-	-	-	-	-	-	-
7/5	7/6	7/7	7/8	7/9	7/10	7/11
-	-	-	-	-	-	-
7/12	7/13	7/14	7/15	7/16	7/17	7/18
-	-	-	-	-	-	-
7/19	7/20	7/21	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
7/26	7/27	7/28	7/29	7/30	7/31	-
-	-	-	○	○	○	-

希望日時をクリック

2026年7月29日

8:45 >

注射時間をクリック

※「8:45」はお薬を注射する時間です。

検査は11:00以降になります。

○

選択可

-

選択不可

04 情報入力

⑥予約情報の入力 必要項目をご入力ください。 ※は必須項目です。

- 1.ご紹介者名
- 2.患者情報
 - ・ 受診履歴※
 - ・ 診察券NO（受診履歴ありのみ）
 - ・ 患者氏名（漢字）
 - ・ 患者氏名（カナ）※
 - ・ 生年月日※
 - ・ 性別※
 - ・ 電話番号※
 - ・ 診療情報提供書提供方法※

予約情報をご入力ください。

以下の必要項目をご入力ください。
*は必須項目となります。

ご紹介者をご入力ください。

診療科

医師名（紹介者名）

患者情報をご入力ください。

独立行政法人国立病院機構 熊本医療センターへの受診歴*

☐ 受診したことがある ☐ 受診したことはない ☐ 不明

必須項目です。

患者氏名（漢字）

患者氏名（カナ）*

必須項目です。

生年月日*

☒ 西暦 ☐ 和暦

- 年 - 月 - 日

必須項目です。

性別*

☐ 男性 ☐ 女性

必須項目です。

電話番号*

ハイフンなし半角数字で入力してください。（例: 09001234567）

必須項目です。

事前確認項目をご入力ください。

・妊娠中または妊娠の可能性*

選択してください

必須項目です。

検査申込み後、診療情報提供書を事前にFAXする場合、予約資料を一括ダウンロード後、「WEB画像検査予約ファックス送信表」に必要事項を記入後、FAXしてください。*

☐ 確認した

必須項目です。

診療情報提供書に関してご選択ください。

※必ず来院時に原本をご持参してもらうよう患者様にお伝えください。

診療情報提供書の送付方法*

☐ 事前にFAXする

☐ 本システムで作成する

必須項目です。

診療情報提供書に関してご選択ください。

※必ず来院時に原本をご持参してもらうよう患者様にお伝えください。

診療情報提供書の送付方法*

☒ 事前にFAXする

☐ 本システムで作成する

診療情報の送付方法を選択してください。

患者本人に対し、個人情報を紹介先医療機関へ提供されること、および当該医療機関から連絡が行われる可能性について説明してください。

☒ 患者さんの同意を確認しました。

予約申込の申請に進む

戻る

05 予約確定

診療情報提供書を
事前にFAXする場合

⑦「事前にFAXする」を選択した場合

予約内容に間違いがないかご確認いただき、患者様に同意を得た上で予約をしてください。

選択: 検査 > 放射線科 > CT > CT

予約日時: 2026年7月30日 (木) 10:30 ~

← 戻る

予約情報をご確認ください。

*は必須項目となります。

ご紹介者

診療科	テスト
医師名 (紹介者名)	

患者情報

独立行政法人国立病院機構 熊本医療センターへの受診歴*	受診したことがない
患者氏名 (漢字)	入力されていません
患者氏名 (カナ) *	テスト
生年月日*	1974年02月26日
性別*	男性
電話番号 (ハイフンなし) *	0901234567

事前確認項目

・妊娠中または妊娠の可能性*

なし

検査申込み後、診療情報提供書を事前にFAXする場合、予約資料を一括ダウンロード後、「WEB画像検査予約ファックス送信表」に必要事項を記入後、FAXしてください。*

確認した

診療情報提供書の送付方法

送付方法*

事前にFAXする

予約申込を申請する

戻る

予約申込が完了しました。

予約ID: 019f9195-cc89-77a1-ba44-2875d2b54d58

予約内容: > 放射線科 > CT > CT

予約日時: 2026年7月30日 (木) 10:30 ~

ご予約内容はアカウントに登録されたメールアドレスへ通知が届きます。
ご予約の内容等を確認し、確定次第別途メールにてご連絡差し上げます。
予約内容に変更が生じる場合は、予約先の医療機関よりご連絡差し上げます。
キャンセル・予約日時の変更は予約先の医療機関に直接ご連絡ください。

以下の予約票をダウンロードして患者さんにお渡しください。

予約票を表示

予約票を印刷し、患者様にお渡しください。

予約資料を一括ダウンロードする

以下の資料が含まれます。(クリックで個別DL)

- ・WEB画像検査予約ファックス送信表.pdf
- ・CT予約票.pdf

予約資料をダウンロードして患者さんにお渡しください。
診療情報提供書が含まれる場合、診療情報提供書には押印・サインをして患者さんに渡してください。

WEB画像検査予約ファックス送信表（診療情報提供書）



WEB画像検査予約ファックス送信票
診療情報提供書兼紹介状
FAX (096)-353-6563

1. 貴施設情報

貴施設名： _____ 医師氏名： _____
電話番号： _____ FAX： _____

2. 検査予約情報

検査予約日	年 月 日 (曜日) 時 分
検査項目	☐ CT (単純) ☐ MRI (単純) ☐ RI (骨シンチ)
検査部位	※RI検査の場合、「骨シンチ」と記載してください。 ※全身MRI (MRTS) 検査の場合、当院HPから同意書をダウンロードし、記載等FAXをお願いいたします。

3. 患者様情報

ふりがな		保険者番号	
氏 名	男	記号番号	
	女	公費番号	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 (才)	受給者番号	
連絡先	〒 () 電話 ()	保険区分	本人・家族
現住所	〒 () 市 町 村 番地		
傷病名			
紹介目的			
既往歴及び家族歴			
症状経過・治療経過及び検査結果			
現在の処方等			

国立病院機構 熊本医療センター 画像診断センター

※必要事項を記載後、096-353-6563 まで
FAXをお願いします。

検査予約票

(地域連携患者用)

患者様にお渡してください

[illegible]

06 予約確定

診療情報提供書を
本システムで作成する場合

⑧ 「本システムで作成する」を選択した場合

必要項目をご入力ください。 ※は必須項目です。

診療情報提供書をご作成ください。

検査項目 *

☐ CT（単純） ☐ MRI（単純） ☐ RI（骨シンチ）

必須項目です。

検査部位 *

※RI検査の場合、検査部位は「骨シンチ」と記載してください。※全身MRI（DWIBS）検査依頼時は、別途当院HPから同意書をダウンロードし、記載後FAXをお願いいたします。

必須項目です。

傷病名 *

必須項目です。

紹介目的 *

必須項目です。

既往歴及び家族歴 *

必須項目です。

症状経過及び検査結果 *

必須項目です。

現在の処方の詳細 *

k k k

備考

患者本人に対し、個人情報を紹介先医療機関へ提供されること、および当該医療機関から連絡が行われる可能性について説明してください。

☒ 患者さんの同意を確認しました。

予約申込の申請に進む

戻る

必要項目を入力後、クリック

06 予約確定

診療情報提供書を
本システムで作成する場合

予約内容に間違いがないかご確認いただき、患者様に同意を得た上で予約をしてください。

選択: 検査 > 放射線科 > CT > CT

予約日時: 2026年7月30日 (木) 10:30 ~

← 戻る

予約情報をご確認ください。

*は必須項目となります。

ご紹介者

診療科

医師名 (紹介者名)

テスト

患者情報

独立行政法人国立病院機構 熊本医療センターへの受診歴*

患者氏名 (漢字)

患者氏名 (カナ) *

生年月日*

性別*

電話番号 (ハイフンなし) *

受診したこ

入力されて

テスト

メ

1974年02月

男性

090123456

検査申込み後、診療情報提供書を事前にFAXする場合、予約資料を一括ダウンロード後、「WEB画像検査予約ファックス送信表」に必要事項を記入後、FAXしてください。*

確認した

診療情報提供書の送付方法

送付方法*

本システムで作成する

診療情報提供書

検査項目*

検査部位*

傷病名*

紹介目的*

既往歴及び家族歴*

症状経過及び検査結果*

現在の処方の詳細*

備考

CT (単純)

h h h

h h h

j j j j

k k k

k k k

k k k

予約申込を申請する

戻る

予約申込が完了しました。

予約ID: 019f9195-cc89-77a1-ba44-2875d2b54d58

予約内容: > 放射線科 > CT > CT

予約日時: 2026年7月30日 (木) 10:30 ~

ご予約内容はアカウントに登録されたメールアドレスへ通知が届きます。ご予約の内容等を確認し、確定次第別途メールにてご連絡申し上げます。予約内容に変更が生じる場合は、予約先の医療機関よりご連絡申し上げます。キャンセル・予約日時の変更は予約先の医療機関に直接ご連絡ください。

以下の予約票をダウンロードして患者さんにお渡しください。

予約票を表示

予約票を印刷し、患者様にお渡しください。

予約資料をダウンロードする

以下の資料が含まれます。(クリックで個別DL)

・WEB画像検査予約ファックス送信表.pdf

・CT予約票.pdf

被ばく説明および検査予約票を患者様にお渡しください

診療情報提供書が含まれる場合、診療情報提供書には押印・サインをして患者さんに渡してください。

検査予約票

(地域連携患者用)

患者様にお渡してください

[illegible]

管理画面

取得した予約情報から、以下の操作が可能です

予約ステータスの確認

①「予約依頼」画面にログイン

<https://www.management.reservation.medigle.jp/guest/login>

※ログイン情報は予約フォームと同じ

②対象予約をクリックして、ステータスを確認

診療情報提供書の作成・添付

①左記と同様にログイン

②対象予約をクリック

③左下の「作成する」を選択 または ファイル選択

予約票・ダウンロード資料の再ダウンロード

①上記と同様にログイン

②対象予約をクリック

③右上の「予約票」をクリック