

FAX用 紹介患者検査依頼書

直通FAX 0467-45-9784

直通TEL(0467-45-8923)

湘南鎌倉総合病院

平成 年 月 日

放射線 科 医療機関名

住 所

李 進 先生 電 話

医 師 名

フリガナ

患者氏名:

電 話

生年月日: 大 昭 平 年 月 日生 (才) 男 女

受診歴 あり なし

感染症 あり なし

依頼検査項目

予約日 平成 年 月 日 時 分

1. 一般 撮影 : 頭頸部 体幹部(胸部・腹部) 骨盤 脊椎 四肢 その他()

2. C T : 頭頸部 体幹部(胸部・腹部) 冠動脈 血管 四肢 脊椎()

冠動脈CT 【造影 あり なし】 ※クレアチニン mg/l 採血日 月 日

: β ブロッカー $\times 1$ 【当院処方了承 あり 了承 なし】禁忌以外は基本当院処方

PCI歴【 あり なし】 ※必須事項【アレルギー あり なし】

3. M R I : 頭部 頸部 胸部(肺 心臓) 脊椎 腹部 骨盤空 四肢 その他

【ペースメーカー あり なし】【体内金属 あり なし】【閉所恐怖症 あり なし】

(MRCP・MRアンギオ)【造影 あり なし】 ※必須事項【アレルギー あり なし】

CT・MRI 【頭 脳 副鼻腔 下垂体 耳下腺 頸部 甲状腺 全腹 上肢 下肢

上記詳細部位 : 頸椎 脊椎 胸椎 腰椎 仙尾骨 右 左 その他()

4. 消化管撮影 : 食道 胃 十二指腸 小腸 大腸

【造影 あり なし】 ※必須事項【アレルギー あり なし】

5. 骨密度測定 : 骨塩DEXA法(前腕、大腿、腰椎、全身)

6. 核医学 : 脳血流 甲状腺 骨 Ga 心筋 その他()

※読影依頼(レポート) : 必要 不要 フィルムにて希望(コストあり)

※持参資料 : あり なし
(フィルム・CDなど)

検査データ : CD-Rコピー 不要[レポートのみ]

7. 超音波(エコー) : 心臓 腹部 血管 表在(部位) その他()

8. その他 : () 参考: 身長 cm

※患者への結果説明 : 貴院にお願いします こちらで致します 参考: 体重 kg

【備考】

1. 依頼の項目についてレ印及びご記入し予約取得後FAXにて送信下さい(0467-45-9784)

2. 検査当日、紹介受付にて【紹介状】の提出をお願いします

3. ※必須事項(同意書など)にご記入がない場合検査できない事もございます。ご了承下さい。

4. その他、ご不明な点がございましたら地域連携室までお問い合わせください

検査依頼書(患者さん案内用)

患者氏名

医療機関名

予約日 月 日 時 分

●ご来院の際は1階『紹介窓口』へお越しください。

※ 各検査受付へ15分前までにお越しください。



バスでお越しの方

大船駅ご利用の場合

乗り場：西口（大船観音側）

神奈中バス/1番乗り場

神・船32 渡内経由「藤沢駅北口」行 → 公会堂前下車

神・船101・102 公会堂前経由「城廻中村」行 → 公会堂前下車

神奈中バス/2番乗り場

神・船34「南岡本」行 → 南岡本下車

乗り場：東口交番ターミナル（湘南モノレール駅下バスターミナル）

江ノ電バス/2番乗り場

江・藤沢[弥]大船 武田薬品前~弥勒寺経由「藤沢駅」行 → 南岡本下車

江・南岡本経由「四季の杜」行 → 南岡本下車

藤沢駅ご利用の場合

乗り場：北口（ビックカメラ側）

神奈中バス/4番乗り場

神・船32 柄沢橋・渡内経由「大船駅西口」行 → 公会堂前下車

江ノ電バス/9番乗り場（北口）

江・藤沢[弥]大船 弥勒寺~武田薬品前経由「大船駅」行 → 南岡本下車

乗り場：南口（小田急百貨店側）

江ノ電バス/8番乗り場（南口）

江 藤沢駅南口 アズビル前・武田薬品前経由 → 湘南鎌倉総合病院前 折り返し運転

湘南鎌倉総合病院

247-8533 鎌倉市岡本1370番 1
電 話 【代表】(0467)46-1717

地域連携室

電 話 (0467)45-8923
F A X (0467)45-9784