

FAX用 紹介患者検査依頼書

直通FAX 0467-45-9784

湘南鎌倉総合病院

平成 年 月 日

科 医療機関名

住 所

先生 電 話

医 師 名

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 血管 四肢 脊椎 その他()

2. C T : 頭頸部 体幹部 冠動脈 血管 四肢 脊椎 その他()

【造影 あり なし】※必須事項【アレルギー あり なし】

冠動脈C: **インデラル10mg×1【当院処方了承 あり 了承 なし】**禁忌以外は基本当院処方

3. M R I : 頭部 頸部 胸部(上 骨盤空) 腹部 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】

上記詳細部位 【頭頸脳耳下腺甲状腺胸上腹下腹全腹上肢下肢心臓

腰椎脊椎頸椎仙尾骨】 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 :

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

※持参資料 : あり なし
(フィルム・CDなど)

検査データ : CDコピー 不要[レポートのみ] 参考:身長 cm

7. 超音波(エコー) : 心臓胸部腹部 その他()

8. その他 : ()

※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

【 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
直通(0467-45-8923)

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10分前までにお越しください。

※ お持ちいただくもの

① 紹介状 ③ 各医療券(老人医療券等)

② 保険証 ④ 診察券(旧愛心会共通診察券お持ちの方)



「大船駅」ご利用の場合

西口(大船観音側)

- | | | | | |
|-------|----------------------------|-----|------|----|
| 3 番乗場 | ● 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 |
| 4 番乗場 | ● 神・船34 「南岡本」行 | ——— | 南岡本 | 下車 |

東口交通ターミナル(湘南モノレール駅下バスターミナル)

- | | | | | |
|-------|--------------------------------|-----|-----|----|
| 2 番乗場 | ● 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

北口(ビックカメラ側)

- | | | | | |
|--------|--------------------------------|-----|------|----|
| 5 番乗場 | ● 神・船32 柄沢橋・渡内経由「大船駅西口」行 | ——— | 公会堂前 | 下車 |
| 11 番乗場 | ● 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 |

湘南鎌倉総合病院

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