

診療情報提供書 (CT・MRI・RI等 検査依頼書)

検査予約日時： ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分

依頼日 ____ 年 ____ 月 ____ 日

湘南厚木病院

放射線科 御担当医 先生

ID: _____

紹介元医療機関

所在地 〒

電話番号/FAX

診療科

医師名

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	殿		
住所		TEL :	

検査項目	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 他 :
検査方法 (CT・MRI)	<input type="checkbox"/> 単純 *造影検査が必要な場合は、当院各専門診療科へご紹介下さい。
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 肝胆膵 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 椎体 [<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 尾骨] 関節 [<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他] その他 :
既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 :
病名(主訴)	
紹介目的 臨床経過 検査結果等	
持参画像データ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 :

※受診者に関する身体状態について確認事項

手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月 日 術式 ()
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月 日 術式 ()
体内金属等	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	植込み型除細動器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	インスリンポンプ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	持続グルコース測定器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
その他の体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	※検査時に器具の取り外しが必要な場合や、付け替え用器具の持参が必要な場合があります。
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
気管支喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 ()	
自立歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	

診療情報提供書 (CT・MRI・RI等 検査依頼書)

検査予約日時： _____年____月____日 ____時____分

湘南厚木病院

紹介元医療機関
所在地〒
電話番号/FAX
診療科
医師名

放射線科 御担当医 先生

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		殿	
住所		TEL:	

● ご来院の際は「湘南厚木病院 入院棟1階の受付」へおこしください。

● 検査当日お持ち頂くもの

- ①紹介状 (診療情報提供書 (CT・MRI・RI等 検査依頼書))
- ②保険証・各種医療受給者証
- ③湘南厚木病院診察カード (お持ちの場合のみ)



◆電車でお越しの場合

新宿より小田急小田原線にて本厚木駅まで約50分。
本厚木駅より徒歩約15分。(タクシー利用約10分)

◆お車でお越しの場合

厚木インターで降りて、国道129号線を北上。
厚木市文化会館前を左折し、一つ目の信号を左折。
300m先左手のローソンを過ぎてすぐを左折。

◆路線バスでお越しの場合

- ①本厚木駅南口14番乗り場 (東京農業大学行)
赤羽根入口下車 (徒歩1分)
- ②本厚木駅バスセンター9番乗り場 (森の里方面行)
赤羽根入口下車 (徒歩1分)

◆シャトルバスでお越しの場合

本厚木駅南口・愛甲石田駅より随時運行しています。

◆検査料金

料金の目安は、1割負担の方で10,000円
3割負担の方で30,000円ほどです。

※ 来院できなくなった場合には、下記までご連絡ください。

湘南厚木病院

病診連携室

電話 046-223-3636

FAX 046-223-3630