

ふれあい鎌倉ホスピタル
診療情報提供書

年 月 日

フリガナ		☐ 男	☐ T			
患者様 氏名		☐ 女	☐ S	年	月	日生まれ
			☐ H	(		歳)
			☐ R			
住所	TEL: ()					
紹介元 医療機関	所在地 医院名 TEL/FAX 医師名					

* 以下、該当部分に ☒ チェックを入れてください。

放射線 検査項目	☐ CT ☐ MRI (ペースメーカー装着者不可) カラーコンタクト、マグネットネイル、ジェルネイルは取り外してください ☐ MMG (乳房撮影) ☐ 骨密度 (DIP法) ☐ 一般撮影	検査部位	☐ 頭部 ☐ 頭部 (MRI+MRA) ☐ MRI頭部 (VSRAD 早期アルツハイマー型認知症検査) ☐ 頸部 ☐ 脊髄 (頸椎・胸椎・腰椎) ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 上肢・下肢 ☐ その他 ()
		データ出力	☐ CD-ROM ☐ USB (持参ください)
		読影	☐ 必要 (CT、MRIのみ) ☐ 不要
注意事項	！必ずご確認ください！ ■ 造影検査は不可 (MRCPではフェリセルツの飲用は行ないます) ■ CT・MRI読影結果が必要な場合、1週間～2週間後、紹介先へ郵送します ■ 骨密度(DIP法)結果は1～2週間後、紹介先へ郵送します ■ その他の検査に読影はつきません ■ MRI頭部VSRADの結果は、プリントアウトしてデータと一緒にお渡しします		
診断名	(主訴)		(診断名)
個人データ	・人工臓器 ☐ 有 ☐ 無 () ・手術歴(時期・内容) ☐ 有 ☐ 無 () ・体内金属 ☐ 有 ☐ 無 ・アレルギー、喘息 ☐ 有 ☐ 無 ・ペースメーカー ☐ 有 ☐ 無 ・てんかん ☐ 有 ☐ 無 ・閉所恐怖症 ☐ 有 ☐ 無 ・妊娠 ☐ 有 ☐ 無 (週) ・感染 ☐ 有 ☐ 無 → 不明な点は当日確認します		検査目的 または 症状についての患者様情報 (具体的な読影部位のご希望がありましたらお書きください)

検査日時	年 月 日	時 希望	※9:00～16:30(日・祝日不可)
------	-------	------	---------------------

* ご記入いただきましたら、下記まで FAX送信 お願い申し上げます。

2025.10.6改訂

FAX : 0467-23-1110	ふれあい鎌倉ホスピタル 総務課 眞鍋 TEL.0467-23-1111 メールアドレス:kama-hos@fureai-g.or.jp
---------------------------	---