

医療機関名

下記検査をお願いします。(で囲ってください)

医師名

生理検査 ・ 放射線検査

住所
TEL
FAX

湘南大磯病院 受診歴

1. 有(診察カード No.) 2. なし 3. 不明

患者氏名	殿 男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 歳
病名 (主訴) 依頼内容	既往歴： 薬物アレルギー：有() ・ 無
病状経過 手術歴 治療経過 処方内容 特記事項	感染症： TPHA(有・無・未) B型肝炎(有・無・未) C型肝炎(有・無・未) その他()
内視鏡	<input type="checkbox"/> GF
生理検査	<input type="checkbox"/> 筋電図
放射線検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CT(インプラントデンタルCT) <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 骨密度
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎(<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 四肢(右・左 部位：) <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 単純

検査予約日 月 日 :

診療情報提供書は1枚目を当院へご提出いただき、2枚目を貴院控え用として保管、3枚目を患者様へお渡し下さい。

医療機関名

下記検査をお願いします。(で囲ってください)

医師名

生理検査 ・ 放射線検査

住所
TEL
FAX

湘南大磯病院 受診歴

1. 有(診察カード No.) 2. なし 3. 不明

患者氏名	殿 男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 歳
病名 (主訴) 依頼内容	既往歴： 薬物アレルギー：有() ・ 無
病状経過 手術歴 治療経過 処方内容 特記事項	感染症： TPHA(有・無・未) B型肝炎(有・無・未) C型肝炎(有・無・未) その他()
内視鏡	<input type="checkbox"/> GF
生理検査	<input type="checkbox"/> 筋電図
放射線検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CT(インプラントデンタルCT) <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 骨密度
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎(<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 四肢(右・左 部位：) <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 単純

検査予約日 月 日 :

診療情報提供書は1枚目を当院へご提出いただき、2枚目を貴院控え用として保管、3枚目を患者様へお渡し下さい。

医療機関名

医師名

住所
TEL
FAX

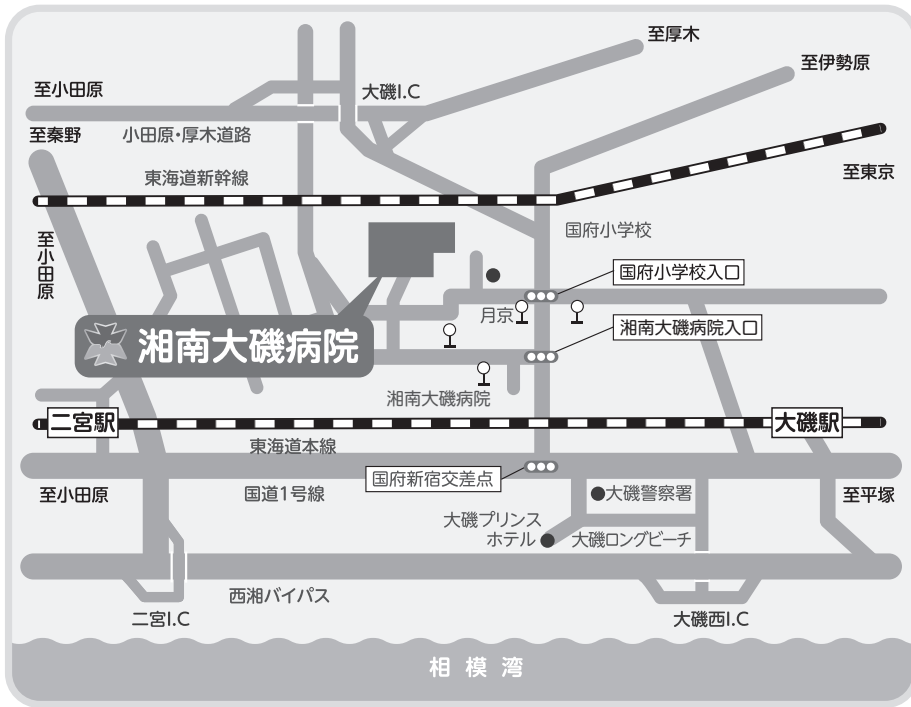
下記検査をお願いします。(で囲ってください)

生理検査 ・ 放射線検査

湘南大磯病院 受診歴

1. 有(診察カード No.) 2. なし 3. 不明

患者氏名	殿	男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H ・ R	年 月 日 歳



交通アクセス

電車(バス)

JR東海道本線大磯駅下車 バス15分
●馬場・湘南大磯住宅經由二宮駅北口行
●湘南大磯住宅行または大磯住宅循環
▶「湘南大磯病院」下車 徒歩2分

JR東海道本線二宮駅下車 バス10分
●(北口発)馬場・大磯住宅經由大磯駅行
●(南口発)松岩寺經由平塚行
山下經由平塚行

▶「湘南大磯病院」下車 徒歩2分

▶「月京」下車 徒歩2分

自動車

小田原厚木道路「大磯 I. C.」より2分
西湘バイパス 「大磯西 I. C.」より5分／「二宮 I. C.」より7分(上りのみ)

内視鏡	<input type="checkbox"/> GF
生理検査	<input type="checkbox"/> 筋電図
放射線検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CT(インプラントデンタルCT) <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 骨密度
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤
	<input type="checkbox"/> 脊椎(<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 四肢(右・左 部位:)
	<input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 単純

検査予約日 月 日 :

診療情報提供書は1枚目を当院へご提出いただき、2枚目を貴院控え用として保管、3枚目を患者様へお渡し下さい。