

検 査 申 込 書

< 貴院にて保管してください >
 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 登別病院

依頼医療機関

JCHO 登別病院 (旧 登別厚生年金病院)

名 称

地域連携室 行き

医師名

〒059-0598

所在地

登別市登別温泉町133番地

直通 TEL 0143-84-2860

TEL

直通 FAX 0143-84-2885

FAX

フリガナ		患者	〒
患者氏名	様 男・女	住 所	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 () 才	電 話	() -

*カルテ準備のため情報をお願い致します。

保険者番号	記号番号	本人・家族
後期高齢者保険者番号 39	被保険者番号	1割・3割
公費負担者番号	受給者番号	
主訴又は傷病名		

検 査 項 目	<input type="checkbox"/> CT 部位 : 頭部・頸部・胸部・腹部・その他()
	<input type="checkbox"/> MR 部位 : 頭部・頸部・胸部・腹部・その他()
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー (乳房X-P)
	<input type="checkbox"/> 骨密度測定
	生理機能検査: <input type="checkbox"/> 心エコー検査 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 動脈硬化検査(脈波) <input type="checkbox"/> 脳波検査
	<input type="checkbox"/> 栄養指導 :
	<input type="checkbox"/> その他 ()

検査結果報告 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来院(再診) <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他()
CT・MR・マンモグラフィー検査結果は、ご希望により放射線科医の読影が可能です。(要 ・ 不要) (放射線科医師の読影は、第2・4火曜日の報告になります。)

希望日	来院可能な複数の日時をご記入下さい。
	<input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 可能な月日(月 日 時) (月 日 時)

受付時間は、月～金曜日の午前9時から午後5時までです。10分ほどで折り返し、お電話またはFAXいたします。15分経過後、当院から連絡がない場合は、誠に恐縮ですが、ご一報頂ければ幸いです。
 FAXの受付は、24時間受け付けておりますが、時間外・休日・祝日の返信については、翌日もしくは翌々日になります。
 ※ 休診日 土・日・祝日・年末年始(12/29～1/3)

その他(要望事項・留意事項)
