

検査申込書

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(ジェイコー) 登別病院

名称

地域連携室 行き

〒

〒059-0598

所在地

登別市登別東町3丁目10番地22

直通TEL 0143-80-1119

TEL () —

直通FAX 0143-80-1121

FAX () —

JCHO登別病院の受診歴		有 () 年頃) ・ 無	
フリガナ		男・女	住所
患者氏名			
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 () 歳	電話番号	自宅 () — 連絡先 () —

保険情報について下記へご記入ください。また、保険証等のコピーをファックスしてください。

保険者番号	記号番号	本人・家族
後期高齢者保険者番号	被保険者番号	1割・3割
公費負担者番号	受給者番号	

《 傷病名 および 依頼事項 》

画像検査	<input type="checkbox"/> CT 部位 : 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 その他 ()
	<input type="checkbox"/> MRI 部位 : 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 その他 ()
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー
骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> 骨密度測定
生理検査	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> ホルダー心電図
	<input type="checkbox"/> 心エコー検査 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー検査 <input type="checkbox"/> 動脈硬化検査(脈波)
	<input type="checkbox"/> 肺機能検査
予約希望日時	<input type="checkbox"/> いつでも可能
	<input type="checkbox"/> ① 月 日 時頃 ② 月 日 時頃
患者の状況	<input type="checkbox"/> 患者さんはお待ちです <input type="checkbox"/> 患者さんは帰宅しています
読影	【 放射線科医師の読影 (第2、第4火曜日・第3金曜日) 】
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要

- ・受付時間は、月曜日～金曜日9時～17時です。30分ほどで折り返しお電話又は、外来受診予約票をFAX致します。
- ・30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いただければ幸いです。
- ・FAXは、24時間受け付けておりますが、17時以降、祝祭日の返信は、翌日もしくは翌々日になります。ご了承ください。
- ・休診日:土・日・祝日・年末年始(12/29～1/3)

【各検査問診表と共に、お申し込みください / 検査及び読影結果は郵送致します】