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
JCHO（ジェイコー）登別病院
地域連携室　行き
〒059-0598
登別市登別東町3丁目10番地22
直通TEL 0143-80-1119
直通FAX 0143-80-1121

依頼医療機関
名　称
〒
所在地
TEL　（　　）　　―
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			電話番号	自　宅（　　）　　―
生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日（　　）歳			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	□　CT　部位　：　頭部　・　頸部　・　胸部　・　腹部　　その他（　　）
	□　MRI 部位　：　頭部　・　頸部　・　胸部　・　腹部　　その他（　　）
	□　マンモグラフィー
骨塩定量検査	□　骨密度測定
生理検査	□　心電図　　□　ホルダー心電図
	□　心エコー検査　　□　頸動脈エコー検査　□　動脈硬化検査（脈波）
	□　肺機能検査
予約希望日時	□　いつでも可能
	□　①　　月　　日　　時頃　　②　　月　　日　　時頃
患者の状況	□　患者さんはお待ちです　　□　患者さんは帰宅しています
読　影	【　放射線科医師の読影　】 □　要　（読影日・出来上がり予定は都度ご連絡します）　□　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】