

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			自宅 () —
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 () 歳	電話番号	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"/> ホルター心電図	
	<input type="checkbox"/> 心エコー検査	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー検査	<input type="checkbox"/> 腹部エコー検査
	<input type="checkbox"/> 肺機能検査	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査(脈波)	
予約希望日時	<input type="checkbox"/> いつでも可能		
	<input type="checkbox"/> ① 月 日 時頃	<input type="checkbox"/> ② 月 日 時頃	
患者の状況	<input type="checkbox"/> 患者はお待ちです	<input type="checkbox"/> 患者は帰宅しています	
読影	【放射線科医師の読影】		
	<input type="checkbox"/> 要 (読影日・出来上がり予定は都度ご連絡します)	<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】