

# 検 査 申 込 書

＜貴院にて保管してください＞

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

登別厚生年金病院  
 地域連携室 行き  
 〒059-0598  
 登別市登別温泉町133番地  
 直通 TEL 0143-84-2860  
 直通 FAX 0143-84-2885

依頼医療機関  
 所在地  
 名 称  
 医師名  
 TEL  
 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 (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 FAX    郵送    来院(再診)    不要    その他( \_\_\_\_\_ )

CT・MR・マンモグラフィ検査結果は、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。

いつでも可能       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)