

検査申込書

※エクセルで入力する場合、二重線のBOXは手入力してください。その他はチェックボックスかプルダウンで選択可能です。

小樽市立病院

患者支援センター 宛

〒047-8550

小樽市若松1丁目1番1号

電話 0134-25-1211(代表)

電話 0134-25-1605(直通)

FAX 0134-25-1600(専用)

紹介医療機関

名称	
住所	
電話	
FAX	
診療科	
医師名	

フリガナ		性別	生年月日				
患者氏名		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	年	月	日	才
		男 女	明 大 昭 平 令				
住所	〒	電話番号					

検査日時	令和 年 月 日 時 分					
検査項目	<input type="checkbox"/> CT 部位		<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 単純+造影	
	<input type="checkbox"/> MRI 部位		<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> MRCP	
	※PET-CTは 専用紙が あります。	<input type="checkbox"/> 核医学 (RI) 検査項目				
	<input type="checkbox"/> 超音波 部位					
<input type="checkbox"/> 骨密度 (DXA)						
患者の状況	<input type="checkbox"/> 外来でお待ちです <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中					
患者の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー					
	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> HBS抗原 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> ワ氏 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 結核					
主訴・傷病名						

症状経過・治療経過・既往歴等検査目的 別紙参照

※診療情報提供書(紹介状原本)・検査資料は、診察・検査当日に患者さんに持参させるようお願いします。

保険情報 ※下記の情報は保険証のコピーをFAXしていただいても結構です。

被保険者	保険者番号		<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.家族
	記号・番号		
公費負担	負担者番号		<input type="checkbox"/> 特疾 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 乳幼児
	受給者番号		<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他