

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		☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	年	月	日	才
		男	女				
住所	〒		電話番号				
検査日時	令和 年 月 日 時 分						
検査項目	☐ CT	部位		☐ 単純	☐ 造影	☐ 単純+造影	
	☐ MRI	部位		☐ 単純	☐ 造影	☐ MRCP	
	※PET-CTは 専用用紙が あります。	☐ 核医学 (RI)	検査項目				
	☐ 超音波	部位					
	☐ 骨密度 (DXA)						
患者の状況	☐ 外来でお待ちです ☐ 帰宅済み ☐ 入院中						
患者の状態	☐ 歩行可 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー						
	感染症 ☐ 無 ☐ 有 / ☐ HBS抗原 ☐ HCV ☐ ワ氏 ☐ MRSA ☐ 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							

--	--	--	--	--	--	--	--

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		☐ 1.本人 ☐ 2.家族
	記号・番号		
公費負担	負担者番号		☐ 特疾 ☐ 生保 ☐ 乳幼児
	受給者番号		☐ 障害 ☐ その他