|  |
| --- |
| **委託検査　予約申込書** |

［紹介元］ 　申込年月日　　　　年　　月　　日

医療機関名

住所

T E L

F A X

診療科

医師名

担当者名

〈受付時間〉 8：30～16：00

〈休診日〉 土日祝日、5月1日

12月29日～1月3日

〒090-8666

北見市北６条東２丁目１番地

北見赤十字病院　地域医療連携室　宛

**FAX　0120-018-599**

TEL　0120-018-299

太枠内を全て記入してFAXしてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 旧姓 | 性別 | | 年齢 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | |  | 男・女 | | 才 | 大・昭・平・令　　　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 電話 | 電話１（　　　　　）　　　　－　　　　　　　　　電話２（　　　　　）　　　　－ | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　ご関係　　　　　　　電話（　　　　　）　　　　－ | | | | | | |
| 北見赤十字病院  患者番号 | □あり　　（患者番号　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| □なし、不明　　＊旧姓や旧住所等を確認させていただくことがあります。 | | | | | | |
| 保険情報 | □生保　　　□労災　　　□自賠責（保険会社：　　　　　　　　　　　担当者：　　　　　様） | | | | | | |
| 状　態 | □外来で待っている　　　□すでに帰宅　　　□入院中（退院予定：　　　月　　　日） | | | | | | |
| 診察希望日 | 第１希望日　　　　　月　　　日（　　） | | | | □曜日希望あり　（　　　　　　曜日） | | |
| 第２希望日　　　　　月　　　日（　　） | | | | □都合の悪い日　（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 第３希望日　　　　　月　　　日（　　） | | | | □いつでも良い | | |
| **□マンモグラフィ**  読影なし | | 予約可能な時間　13:30～14:15 | | | | | |
| **□超音波**  読影あり | | 予約可能な時間　9:00～10:30  □腹部・骨盤（ソナゾイド未使用）  □頸部→　□頭部  　　　　　□甲状腺  　　　　　□頸部の血管系  　　　　　□その他の頸部（　　　　　）  □胸壁→　□乳腺  　　　　　□その他の胸部（　　　　　）  □四肢→　□四肢  　　　　　□四肢の血管系  □下肢血管  □その他の部位（　　　　　 　　　　　） | | | | | |
| 現病歴・既往歴・手術歴 | | | | | |
| **□栄養指導**  「栄養・食事指導依頼書」を一緒に  FAXしてください | | 予約可能な時間　9:30～15:00 | | | | | |

＊マンモグラフィ、超音波はレセプトに〈画診共同〉と記載のうえ保険請求を行ってください。

＊請求書を毎月末締め、翌月初に貴施設に送付いたしますので、指定口座へのお振込みをお願いします。