

委託検査 予約申込書

〒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

〈受付時間〉 8:30~16:00
 〈休診日〉 土日祝日、5/1、12/29~1/3

[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

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	<input type="checkbox"/> あり (患者番号) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責 (保険会社:			担当者: 様)
状態	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定: 月 日)			
診察希望日	第1希望日	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 曜日希望あり (曜日)	
	第2希望日	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ()	
	第3希望日	月 日 ()	<input type="checkbox"/> いつでも良い	

<input type="checkbox"/> マンモグラフィ 読影なし	予約可能な時間 13:30~14:15
---	---------------------

<input type="checkbox"/> 超音波 読影あり	予約可能な時間 9:00~10:30 <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤 (ソナゾイド未使用) <input type="checkbox"/> 頸部→ <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸部の血管系 <input type="checkbox"/> その他の頸部 () <input type="checkbox"/> 胸壁→ <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> その他の胸部 () <input type="checkbox"/> 四肢→ <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 四肢の血管系 <input type="checkbox"/> 下肢血管 <input type="checkbox"/> その他の部位 ()
---	---

現病歴・既往歴・手術歴

<input type="checkbox"/> 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。