

# 釧路労災病院検査依頼申込書

ご紹介医療機関様名称

所在地

医療機関名

ご担当者様

TEL — —  
FAX — —

該当するものがございましたら○をつけて下さい。

( 重度 ・ ひとり親 ・ 乳児 ) 課 ・ 初

令和 年 月 日

市町村番号

受給者番号

公費負担番号							
公費負担受給番号							

保険者番号							
記号	番号						枝番
被保険者との続柄	本人 ・ 家族						

フリガナ

患者氏名

住所

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生

TEL ( ) —

実施希望日： なし ・ 令和 年 月 日

※決定 令和 年 月 日 (労災病院で記入)

CT

・ 一般 部位 ( ) ※読影について

病名 ( )  希望  希望なし

MRI (単純) 部位 ( ) ※読影について

病名 ( )  希望  希望なし

患者の状態 歩行 ( 可 ・ 不可 )

体内外金属等 有 ( ) ・ 無

※体内に心臓ペースメーカーや脳動脈瘤クリップのある患者様、閉所恐怖症のある方は検査できません。

※鎮静処置を必要としない患者様の単純検査を原則と致します。特にご希望がある場合は、別途ご相談ください。

※読影を希望される際は、診療情報提供書の送付をお願いいたします。

消化管内視鏡検査 (胃内視鏡)

超音波検査 (腹部・乳房・頸部・心臓)

核医学検査 ( )

備考：

※レポートのFAX、患者様へのCD手渡し等の希望が御座いましたら、こちらへ記載願います。

◆同意書 (内視鏡検査) の必要な検査に関しては、同意書を一緒にFAXして頂きますようお願い致します。

◆造影検査については、診療科への紹介をお願いいたします。

◆その他検査につきましては、体制が整い次第、随時、ご連絡いたします。

◆放射線治療は放射線科のご紹介をお願いします。

★予約票を送付いたしますので、お手数ですが、患者さまへお渡しく下さい。