

令和 年 月 日

臨床検査依頼書Ⅱ（検査のみ）

公立陶生病院地域医療連携室 御中

医療機関名 _____

医師名 _____

ふりがな 患者氏名	様 (男・女)	大・昭 平・令	年 月 日生
現住所			
電話番号 () - ※日中に必ず連絡がつく番号を記入してください	当院受診歴	有 ・ 無	

◎ 依頼検査項目 (○印を付けてください)

<input type="checkbox"/>	生化学検査	<input type="checkbox"/>	血清反応検査	<input type="checkbox"/>	細菌検査
<input type="checkbox"/>	病理組織検査	<input type="checkbox"/>	細胞診検査	<input type="checkbox"/>	X線(単純)
<input type="checkbox"/>	脳波の判読	<input type="checkbox"/>	心電図の判読	<input type="checkbox"/>	内視鏡の判読
<input type="checkbox"/>	各種X線フィルム判読	<input type="checkbox"/>	CT単純(読影なし) [部位]		

特記事項

公立陶生病院地域医療連携室
TEL / (0561) 82-1609
FAX / (0561) 87-1636