

ろ紙血検査 依頼書

長野県立こども病院長 様

医療機関名： _____

院 長： _____ 印

以下の検査につきまして依頼します。

依 頼	検 査 名	金額（税込）
	ガラクトース	1,430 円
	17 α -ヒドロキシprogesterone (17 α -OHP)	2,343 円
	アミノ酸 種類 (一種類につき 3,069 円)	3,069 円
	タンデムマス (先天性代謝異常症検査)	12,551 円

患者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当医師： _____ 診療科： _____

医療機関名		
請求先担当者	部 署：	名前：
連 絡 先	住 所：〒	
	電 話：	
	F A X：	
	E-mail：	

こども病院記載欄

検体番号：

見本

ろ紙血検査 依頼書

長野県立こども病院長 様

貴院長押印が必要となるため、文書番号を追加してもかまいません。

医療機関名と院長名、押印が必要なため、この書式を削除して、入力し直すか、病院名等の印鑑対応でもかまいません。

医療機関名： _____

院 長： _____ 印 _____

依頼する検査に○（マル）をしてください。
アミノ酸検査についてはお手数ですが、依頼種類数と金額も記載してください。

以下の検査につきまして依頼します。

依 頼	検 査 名	金額（税込）
	ガラクトース	1,430 円
	17 α -ヒドロキシprogesterone (17 α -OHP)	2,343 円
	アミノ酸 _____ 種類 (1種類につき 3,069 円)	_____ 円
	タンデムマス (先天性代謝異常症検査)	12,551 円

担当医師については入力でもかまいませんが、押印は必ずお願いします。

患者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当医師： _____ 診療科： _____

請求書送付先（窓口）担当者の方の情報をお願いします。

医療機関名	_____	
請求先担当者	部 署： _____	名前： _____
連 絡 先	住 所： 〒 _____	
	電 話： _____	
	F A X： _____	
	E-mail： _____	

【長野県立こども病院 事務部医療情報管理課 TEL0263-73-6700 (内線 3327)】

この様式に関する問い合わせは医事企画係までお願いします。