|  |  |
| --- | --- |
| こども病院記載欄 | 検体番号： |

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 |
|  | 17α-ヒドロキシプロゲステロン（17α-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） | 12,177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： | |
| ＦＡＸ： | |
| 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3016）】

|  |  |
| --- | --- |
| こども病院記載欄 | 検体番号： |

ろ紙血検査　依頼書

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。

見　本

長野県立こども病院長　様

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：

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。

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 |
|  | 17α-ヒドロキシプロゲステロン（17α-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） | 12,177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： | |
| ＦＡＸ： | |
| 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3016）】

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。