

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)	12,177 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： _____	
	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）	12,177 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： _____	
	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 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。