

FAX 0463-81-1785

## 結核菌PCR検査依頼書

年 月 日

ふりがな 患者氏名	様	(男・女)	依頼 医療機関名
生年月日 明・大・昭 平・令・西暦	年 月 日		住 所
検査希望日	年 月 日		電話番号 FAX番号 医師氏名
.....			
当院の受診歴 (有・無・不明)			
* 有の場合 年 月(頃)			

※16時以降、土曜日、日曜日、年末年始、祝日のFAX受付分は、翌日速やかにお返事いたします

### 検査申込手順

1. この依頼書をFAXで送信して下さい(電話でも結構です)
2. 検査希望日をもとに検査予約をとります(予約票をFAXいたします)
3. 患者様又はご家族の方が結核菌PCR検査依頼書、予約票、採痰した滅菌試験管を医事初診受付窓口にて13時までにご持参下さい(13時を過ぎての受付の場合、翌日の報告が出来なくなる場合がございます)

### 国立病院機構神奈川病院 地域医療連携室

受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～16時00分(年末年始、祝日を除く)  
住 所 〒257-8585 神奈川県秦野市落合666-1  
電話番号 0463-81-1784 FAX番号 0463-81-1785