

②臨時外注検査項目承認申請書兼依頼書

年 月 日

診療用臨床検査

外部委託検討委員会委員長 殿

診療科（部）

科（部）長

㊞

病棟（外来）医長

㊞

担当医師

㊞

（内線／PHS ）

下記について、ご承認下さるよう申請いたします。

委託業者名	LSI メディエンス			いずれかに ○を付ける
検査依頼日	年 月 日		外来	・ 入院
I D	— —	対象疾患名		
患者名				
検査項目名		依頼回数	回目	
検査内容		保険適用	有 ・ 無	
必要理由				
保険点数	点	適用区分 (医科点数表の解釈の区分)		

※診療科長等3名の記名・押印の無いもの及び太枠内全ての事項に記入の無いものは無効とします。

検査部記入欄

検査部長	㊞	検査部の意見 ☐ 上記対象疾患の診断に有用である ☐ 上記対象疾患の診療に必要である
担当者	㊞	

医療サービス課確認： 年 月 日

確認欄