

# 呼吸器機能関連検査依頼状

年 月 日

順天堂大学医学部附属静岡病院

地域医療連携室 行

**FAX 055-948-2103 (地域医療連携室直通)**

	紹介元医療機関
希望日① 月 日	紹介元
希望日② 月 日	所在地
※ 検査は午後の予約となります。	医師 印
※ 原則、1週間後からの予約となります。	TEL
※ 同日に外来受診をご希望の際は、ご相談下さい。	FAX

フリガナ		男・女	(生年月日)
患者氏名		男・女	年 月 日 歳
現住所	〒		電話番号
(必須項目)	身長 cm	体重 kg	当院受診の有無 ( 有 ・ 無 )

下記呼吸機能検査の該当する検査項目にチェックして下さい。

- VC+FVC
- (VC+FVC)+FRC
- (VC+FVC)+FRC+DLCO
- 呼吸抵抗 (MostGraph)

主訴または病名・症状、検査目的等をご記入下さい。

**・ 費用請求に関する注意点 (※重要)**

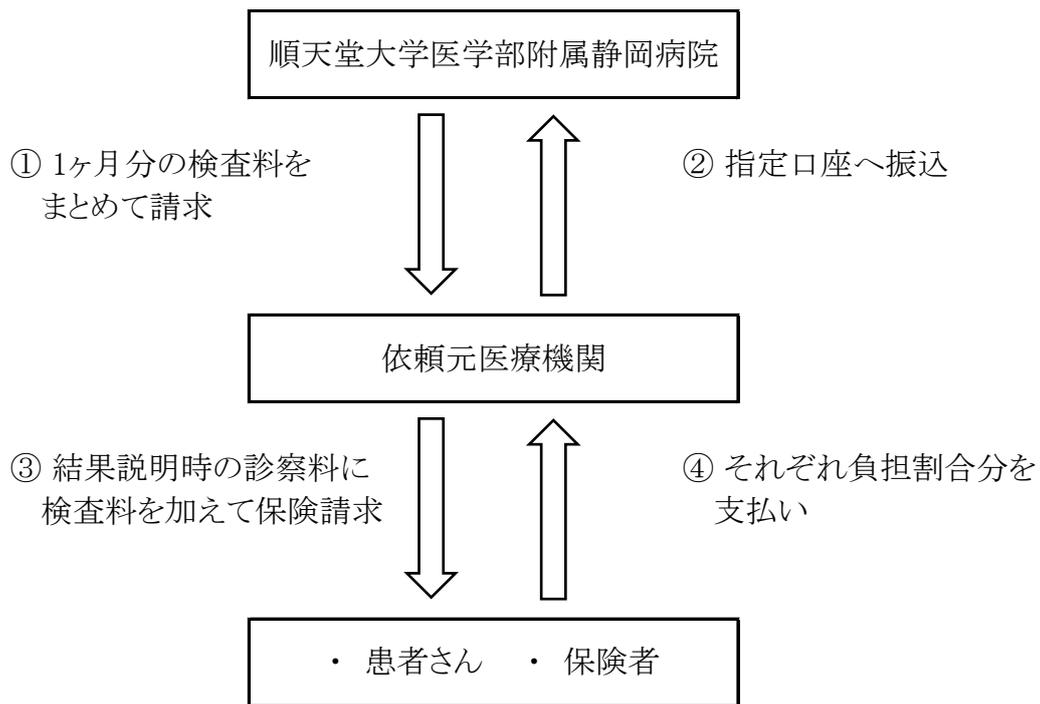
当院での「診察なし」による検査の為、費用請求方法が通常と異なります。  
詳細は、別紙をご参照下さい。

順天堂大学医学部附属静岡病院  
地域医療連携室  
TEL055-948-3111(代表)

## ■ 検査(診察なし)依頼による費用請求方法

当検査は、「検査のみ」をご依頼いただくものであり、当院の医師による診察は行われません。その為、費用請求は、当院より依頼元医療機関へ、自費換算料金にて請求させていただきます。この費用は、依頼元医療機関で保険請求が可能です。患者さんに対しては、結果説明時の診察料に検査料金を加えてご請求いただくことになります。

### ○ 費用請求の流れ



## ■ 検査にかかる費用

検査項目		検査費用
VC	肺活量	900円
FVC	努力性肺活量	1,000円
FRC	機能的残気量	1,400円
DLCO	肺拡散能力検査	1,500円
MostGraph	呼吸抵抗測定	1,500円