

# 共同利用骨密度検査申込書

専用FAX 029-233-9916

専用電話 029-233-9937

申込受付時間：平日8時30分～17時 土曜日8時30分～12時30分

時間外、休診日のFAX送信は可能ですが、連携室からの連絡は翌日または、休み明けになります。

お申込日 年 月 日

## 検査希望日

第1希望日 年 月 日( )

第2希望日 年 月 日( )

## 都合の悪い日

年 月 日( )

年 月 日( )

紹介元医療機関名

ご担当医名

〒

住所

電話

FAX

フリガナ			明・大・昭・平
患者氏名	様	男・女	年 月 日 ( 歳)
住 所	〒	電話番号	自宅 携帯

## 患者様の情報をお教えてください

腰椎または大腿骨近位部の体内金属の有無

無 有(腰椎 大腿骨近位部(左・右) その他)

バリウムを使用した検査を1週間以内に行っていますか？ はい いいえ

身長 cm 体重 kg

御中

## ご 返 信

(1) 御名前・当院ID 様 ID:

(2) 検査日 月 日 ( 曜日) 時

(3) 受付方法 保険証、当院の診察券(お持ちの方)、「ご返信」の部分お持ちになって  
検査時間の10分前までに、中央受付にお越し下さい。