

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・祝日開院日 8時30分～17時

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		男・女	大・昭・平
患者氏名	様		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。