

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 | 明・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。