

医療機関→莊内病院

莊内病院 骨塩定量検査（機器共同利用）依頼書（FAX用）

平成 年 月 日

※FAX予約は平日の17:00までの受付した分で、
それ以降は翌日のお返事となります。

医療機関名 _____

当院ID番号 _____

医師名 _____

電話 _____

FAX _____

◎太線の枠の中をご記入ください。

氏名	フリガナ _____ 様	男 女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)
住所	〒 - (電話)			
検査予約 希望日	第1希望日 月 日 ()	第2希望日 月 日 ()		
	第3希望日 月 日 ()	※検査日時は火・金曜日の15時からとなります。		
予約検査	検査希望部位に□をつけてください。 (□がない場合は腰椎での検査となります)			
	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 大腿骨	<input type="checkbox"/> 前腕	
体内金属の有無	該当する部分に□をつけてください。			
	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり 部位	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 大腿骨	<input type="checkbox"/> 前腕
	<input type="checkbox"/> その他()			
・本状が紹介状を兼ねますので、患者様の症状や検査目的などを 下の欄にご記入ください。		FAX予約時の患者さんの2日前からの体調 ・37度以上の発熱(有り・無し) ・呼吸器症状 (有り・無し) ・味、においがしない(有り・無し) 1ヶ月以内に海外や県外へいきましたか。 ・ご本人 (行った ・行かない) ・同居家族 (行った ・行かない) 付き添われる予定の方の上記の状況 (有り・無し) 状況()		

*ご依頼医療機関様からFAX受理後、当院から予約票をFAXしますので患者さんにお渡しください。

*当院が初めての場合は、カルテをお作りする都合上、時間がかかる場合があります。ご了承ください。

莊内病院⇒医療機関（地域医療連携室で記入）

骨塩定量検査 予約票

※予約日時 月 日() 15時 00分

- 検査当日は、予約時間まで14番窓口（放射線画像センター）にお越し下さい。
- 検査まで若干の待ち時間を頂くことがあります。
- 検査結果については当日の検査終了後お渡しします。（検査終了から若干の時間）
- 受診券、健康保険証をご持参ください。