

荘内病院 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

医師名

当院ID番号

電話

FAX

◎太線の枠の中をご記入ください。

氏 名	フリガナ	男 女	生年 月 日	明・大・昭・平	
	様			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。

荘内病院⇒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
間を頂くこととなりますのでご了承下さい)
○受診券、健康保険証をご持参ください。