

荘内病院 骨塩定量検査 (機器共同利用) 依頼書 (FAX用)

令和 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・令	
	様			年 月 日 (オ)	
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)				
	☐ 腰椎 ☐ 大腿骨 ☐ 前腕				
体内金属の有無	該当する部分に☑をつけてください。				
	☐ なし				
	☐ あり	部位	☐ 腰椎	☐ 大腿骨	☐ 前腕 ☐ 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) 2週間以内に海外へいきましたか。 ・ご本人 (行った ・行かない) ・同居家族 (行った ・行かない) 受診に付き添われる方 (有り・無し) 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。