**県立延岡病院 患者支援センター 予約専用FAX：0982-32-6729（直通）**

**骨密度検査** 予約申込書（ファックス用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　年　　月　　日

検査希望日　　　　　　年　　月　　日　　曜日

　　　　　　　　　 ※ご希望に添えない場合は県病院で日にちを設定いたします。

　　　　　　　　　　 患者様の都合がわるい日があれば、下の（ ）にご記入ください。

　　　　　　　　　　　　（　　　　　 　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介医療機関：  所　 在 　地：  ＴＥＬ：  ＦＡＸ：  診療科：　　　　　　　医師名：  担当部署：　　　　　　担当者： | |
|  | |
| フリガナ　　　　　　　　　　　　　 　　性別　　男・女 | | |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　 　　（旧姓　　　　　　　） | | |
| 生年月日　　　　大・昭・平・令　　　　　年　　月　　日 | | |
| 住所  　　　　　　　　　　　　　　 　　　　ＴＥＬ（ 　　）　　－ | | |
| 県立延岡病院受診歴　　有・無 | | |
|  | | |
| 体内金属 | （　　）腰椎  （　　）股関節 （　　右　・　左　 　） | |

**ＦＡＸ受付時間　平日　８：３０～１６：３０**

\*１６時３０分以降及び土・日・休日にお受けしたＦＡＸについては、翌診療日に連絡いたします。

\* 当日の予約は受け付けておりません。

　　　　　　　　　県立延岡病院　　患者支援センター

　　　　　　　　　　　　　　　　〒８８２－０８３５　延岡市新小路２－１－１０

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　０９８２－３２－６２０２（直通）