

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)