**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**

**月　　日　　曜日**

患者様の都合がわるい日があれば、下にご記入ください。

|  |
| --- |
| 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　 　）←お間違いないように |
| 身長・体重 | （　　　　　）cm　　　（　　　　　　）㎏ |
| 妊娠及びその可能性 | □あり　　　□なし　　　　□不明 |
| 気管支喘息既往 | □あり　　　□なし □不明 |
| 難聴 | □あり　　　□なし □不明 |
| 検査実施歴 | □あり　（2週間以内のRI・バリウム検査実施）□なし 　 □不明 |
| 来院方法 | □歩行　　　　　 □車いす□ストレッチャー □その他( 　　　　） |

 |

**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）