

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	<input type="checkbox"/> 腰椎
	<input type="checkbox"/> 股関節 (右 ・ 左) ←お間違いないように
身長・体重	() cm () kg
妊娠及びその可能性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
気管支喘息既往	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
難聴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
検査実施歴	<input type="checkbox"/> あり (2週間以内の RI・バリウム検査実施) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
来院方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 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。