

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 :

T E L :

F A X :

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	T E L () -	
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。

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)