

長岡赤十字病院 骨塩定量検査
 共同利用申込書兼診療情報提供書
 FAX 番号(直通) 0258-28-9060

医療機関名
 所在地
 TEL・FAX

担当医師名

送付日 平成 年 月 日

◆患者情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	T・S・H 年 月 日 (歳)
住所			電話 () -

※保険証及び公費等医療証を FAX していただければ、保険情報の記入は不要です。

保険証記号番号		医療証負担者番号	
保険者番号		医療証受給者番号	
被保険者区分	本人 ・ 家族	負担割合	割

※労災・交通事故等の場合はその旨お知らせください。

◆臨床診断・検査目的

◆検査部位

1. 腰椎正面
2. 腰椎正面・側面(2方向)
3. 股関節(右ないし左)
4. 前腕 (右ないし左)

◆撮影データ 【 CD-R ・ カラーコピー 】

※チェックがない場合はカラーコピーをお渡しします

※ FAX 受付時間 8:30~16:30
 長岡赤十字病院 病診連携室 TEL 0258-28-3600 (内線 2238)