

骨塩定量検査 共同利用申込書 兼 診療情報提供書

FAX 0258-28-9060

長岡赤十字病院 病診連携室 宛

TEL : 0258-28-3600 (代表)

受付時間 : 平日8:30~16:30 (FAXは24時間受信可)

※上記時間外の受信は翌診療日以降の返信となります。

※受取り後に内容を確認する場合があります。
電話対応が可能な時間帯にお申込下さい。

紹介元 令和 年 月 日

医療機関名

診療科

医師名

TEL

FAX

担当者

●患者情報

フリガナ 氏名				性 別	当院受診歴
				男 ・ 女	有 ID番号
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳			無	
※外国人の場合 国 籍		母国語		使用言語	
住 所	〒			電話番号 (日中の連絡先)	
				— —	
検査希望日	第1希望 年 月 日 () ◎希望に添えない場合は最短日でご案内いたします。				
	第2希望 年 月 日 ()				
	☐ いつでもよい その他 ()				
臨床診断 検査目的 (別紙可)					
検査部位	☐ 腰椎正面 ☐ 腰椎正面・側面(2方向) ☐ 股関節(右・左) ☐ 前腕(右・左)				

○撮影データはカラーコピーでお渡しします

予約日時を確定し、「検査予約票」をFAXいたします。内容をご確認のうえ患者さんにお渡しください。