

# 骨密度検査申込書

(2019年4月改訂)

FAX 0853-30-6508

年 月 日

島根県立中央病院  
放射線科 担当医 殿

医療機関 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

下記、患者の検査予約を依頼いたします

|  |  |       |  |                            |                            |                            |
|--|--|-------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| フリガナ   | <input type="checkbox"/> 男                                 | 生年月日  | <input type="checkbox"/> T                                 | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> R |
| 患者さま氏名   | <input type="checkbox"/> 女                                 | 年 月 日 | (  | 歳)                         |                            |                            |
| 患者さま住所   |  |       |  |                            |                            |                            |
| 電話番号 ( ) -   |  |       |  |                            |                            |                            |
| 第一希望日  | 第二希望日  |       | 第三希望日  |                            |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM   | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM |       | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM |                            |                            |                            |
| 島根県立中央病院 診察券番号 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 |  |       |  |                            |                            |                            |

きりとりせん

## 骨密度検査予約票

(当日持参してください)

次のとおり予約をしましたので、検査予約時間15分前までに検査予約票、保険証をご持参ください。  
尚、診察券をお持ちの方は2階診療受付⑤番へ、お持ちでない方は1階総合受付へお越しください。

|      |   |    |     |    |     |
|------|---|----|-----|----|-----|
| お名前  | 様 | ID | -   | -  | -   |
| 予約時間 | 月 | 日  | ( ) | 曜日 | 時 分 |

注：やむを得ず来院できない場合(予約変更など)はお手数ですが依頼元医療機関まで必ずご連絡をおねがいします

島根県立中央病院  
入退院支援・地域医療連携センター  
0853-30-6500