

病診連携 骨塩定量検査依頼書(診療情報提供書)

下田メディカルセンター
地域医療連携室行き

FAX番号 0558-25-1616

貴院ご担当 _____

| | |
|-------|-------|
| 医療機関名 | 医師名 |
| 電話番号 | FAX番号 |

フリガナ

患者氏名 _____ 性別 (男 ・ 女)

生年月日 (M ・ T ・ S ・ H) _____年 _____月 _____日

患者住所 _____ 患者電話番号 (_____ - _____ - _____)

主訴・目的(病歴)

病歴経過

妊娠 (有 ・ 無)

撮影部位 腰椎+大腿骨頸部 体内金属の有無 (有 ・ 無)
 <腰椎または大腿骨頸部> (腰椎+左大腿骨頸部 腰椎+右大腿骨頸部)

腰椎+前腕骨 体内金属の有無 (有 ・ 無)
 <腰椎または前腕骨> (腰椎+左前腕骨 腰椎+右前腕骨)

腰椎のみ 体内金属の有無 (有 ・ 無)
 <腰椎> (腰椎のみ)

その他 体内金属の有無 (有 ・ 無)
 <前腕骨または大腿骨頸部> (左前腕骨 右前腕骨
 左大腿骨頸部 右大腿骨頸部)

記録媒体 _____ 通常はレポートによる結果通知

特記事項・その他受診希望日 _____

お申込み手順 ・ ご記入後、下田メディカルセンター地域医療連携室(0558-25-1616)までファックスにてお申込み下さい。
 予約受付後、ファックスにて予約票を送ります。
 ・ 依頼書はコピーをとって原本は貴院控えに、コピーは予約票と一緒に患者様にお渡し下さい。
 患者様は予約日の予約時間30分前には医事課窓口にて書類と保険証、当院診察券(通院歴がある方)を提出して下さい。

※ お問い合わせは、下田メディカルセンター 地域医療連携室(0558-25-3535)までご連絡下さい。