

骨密度測定予約申込書(FAX用)

送信日 令和 年 月 日

紹介先医療機関名 高知赤十字病院 〒780-8562 高知市秦南町1丁目4番63-11号 FAX:0120-71-3608 088-822-1468 (フリーダイヤルは四国内からのみご利用いただけます)		紹介元医療機関名 (医師名)	
受診希望日 令和 年 月 日 ()		送信部署	送信者
次回貴院受診日 令和 年 月 日 ()		TEL番号(FAX送信者の連絡先)	
検査結果(CD-R・結果用紙)のお渡し方法について、ご希望に丸印をお願いします。 【 持ち帰り ・ 郵送 】		FAX番号(予約確認票を送信させていただきます)	
フリガナ		男 ・ 女	生年 月日
患者氏名	様	T・S H・R	年 月 日(歳)
患者住所 (〒 - - -)			
TEL () - - -	当院ID番号(受診歴のある方)		
被保険者証	保険者番号 記号・番号		
測定部位	<input type="checkbox"/> 腰 椎 <input type="checkbox"/> 右股関節 <input type="checkbox"/> 右手関節		
	<input type="checkbox"/> 左股関節 <input type="checkbox"/> 左手関節		
連絡事項			

※注意事項

- ・当院では【腰椎+右股関節】をルーチン検査としています。
- ・測定部位にインプラントがある場合は正確な骨密度測定ができません。

高知赤十字病院 紹介患者受付

TEL:0120-71-3607 または 088-871-3607

(フリーダイヤルは四国内からのみご利用いただけます)

受付時間 8:30~16:30(受診希望日の前日は16:00まで)

土日祝祭日及び受付時間以外にFAXいただいた場合は、翌診療日にご連絡いたします。