

診療情報提供書（兼骨密度検査申込書）

西暦 年 月

(紹介先)

嬉野医療センター

外来検査担当医師 宛

(紹介元)

医療機関名

検査は、平日：13：30～15：00

【希望日時】

第一希望： 月 日 ()

第二希望： 月 日 ()

所在地

TEL/FAX

※検査当日は、13：30～15：00までにお越しください。

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令
患者氏名			年 月 日 (歳)
住所	TEL ()		男・女

【検査項目】

1. 骨密度

腰椎のみ 腰椎・大腿骨

※腰椎及び両股関節に体内インプラントがある場合は検査不可

2. お渡し方法

郵送 患者手渡し

検査結果については、用紙でのお渡しとなります。

※CDが必要な場合は、地域医療連携室へご相談ください。

FAXでの検査申し込み案内

FAX 番号 0120-473-489

嬉野医療センター 地域医療連携室 予約受付時間：平日 9：00～16：30

(FAXは、24時間受け付けますが、平日16：30以降、土日祝日の場合、お返事は後日になります。)

※原本は患者さんにお渡しいただき、当日ご持参ください。