

FAX. 045-576-3547
TEL. 045-576-3546

済生会横浜市東部病院 地域医療連携室 行

済生会横浜市東部病院

共同利用 骨密度検査申込書 兼 紹介状

太枠内すべて記入し FAX 送信下さいますようお願いいたします。

本用紙は患者さんにお渡しいただき、予約日時に1階画像診断センター受付にご提出いただきますようお願い下さい。

予約日時	月	日	:
------	---	---	---

↑電話でお申し込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい

当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明
-------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

ID

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

患者氏名	漢字表記	カナ表記
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	電話番号 自宅 ----- その他連絡先
住所	〒	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
保険区分	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 公費12 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> その他()	

病名・症状（主訴）

患者さんの状況を教えてください

・骨折の既往の有無 なし あり(部位)

・体内金属の有無 なし あり(部位: 腰椎 股関節 その他[])

・ステロイド服用歴 なし あり(詳細)

・バリウムを使用した検査を1週間以内に行っていますか? はい いいえ

*当日は、コルセットおよび金属類は外して検査します。 *こちらの申込書はホームページよりダウンロードしてもご利用いただけます。