

骨塩定量検査用

大阪南医療センター地域医療連携室【放射線科依頼書 FAX用紙】



FAX番号：0721-50-4416(直通) 電話：0721-50-4415(直通)

地域連携室受付時間は 月～木曜日9:00～17:15 / 金曜日9:00～20:00 / 土曜日9:00～13:00 となります。
(ただし、上記曜日で祝日の場合は対応していませんのでご了承下さい。)

患者様基本情報		性別	生年月日	
患者様のご氏名	(フリガナ)	男 女	明治	年 月 日生
			大正	
住所	〒	電話番号	-	-
	当センターでの受診歴の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券の番号:)	
患者様の病名・主症状 *必ずご記入願います				
ADL 該当に☑してください		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり → 来院方法をご記入下さい []		
問診票		1. 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 2. 体内金属 (腰椎 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・右大腿骨 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・左大腿骨 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) ※ 腰椎及び両大腿骨すべて「あり」の場合、検査実施できません。		
医療機関名 住所 医師名		電話番号		
		FAX番号		

撮影依頼項目選択

◆検査予約日◆
 *希望日で予約取得いたします。時間帯は午前・午後をお選びいただけます(診療時間：平日9:00～16:00)
 ※午後の方が比較的待ち時間が少なく、検査を受けていただけます
 *年に複数回の検査をご希望の場合はまとめてお申しいただけます。検査の間隔は4ヶ月以上空けてください。

①予約日： 月 日 曜日 午前 ・ 午後 ・ どちらでも
 ↓複数回まとめてご予約される場合は、②～④にも希望日をご記入ください。

②予約日： 月 日 曜日 午前 ・ 午後 ・ どちらでも
 ③予約日： 月 日 曜日 午前 ・ 午後 ・ どちらでも
 ④予約日： 月 日 曜日 午前 ・ 午後 ・ どちらでも

検査結果について	ご本人様に封筒でお渡し致します。
----------	------------------

連絡事項等