

医療機器共同利用申込書(DEXA法骨密度測定)

申込日 年 月 日

紹介先医療機関 **水戸赤十字病院**

〒310-0011 水戸市三の丸3-12-48

FAX: 029-233-3050

水戸赤十字病院受診歴 (有・無)

診察券番号 (ID:)

検査希望日時等 ()

紹介元医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

フリガナ		男・女	生年月日		
患者氏名			年	月	日 (歳)
住所	〒 -		電話番号 - -		
検査部位	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 + 大腿骨頭 (左・右・両)				
患者さまの状況	◆ 妊娠: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ◆ 体内金属: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				

【地域医療連携課】

FAX: 029-233-3050 予約FAX受付時間: 平日8:30~17:00

TEL: 029-233-5001

※FAX受付時間外と休診日のお申し込みについては、翌診療日の対応となります。

《 予 約 通 知 書 控 》

予約日: 年 月 日 ()

患者ID: _____