

# FAX骨塩定量検査(DEXA法による腰椎撮影)申込書

令和 年 月 日

独立行政法人

国立 病院 千葉医療センター  
機構

地域医療連携室宛 FAX 043-251-5320(直通)

\*この用紙は骨塩定量検査のみの申込書になります。

患者情報	フリガナ	貴院情報	ゴム印可	
	氏名		医療機関名	
	性別 男 ・ 女		所在地	
	生年月日 T・S・H・R 年 月 日		TEL	
	住所 〒		FAX	
	電話番号		医師氏名	
身長 cm ・ 体重 kg				
検査希望日	第1希望 令和 年 月 日	※ 検査時間につきましては、別紙「連携室予約可能時間」にてご確認下さい。	[画像形態]	
	第2希望 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 診断結果用紙	
	第3希望 令和 年 月 日			
検査項目	骨塩定量検査 <input checked="" type="checkbox"/> DEXA法による腰椎撮影(正面) <input type="checkbox"/> 大腿骨同時撮影			
確認事項	腰椎手術歴の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り( <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> その他( ) 移動形態 <input type="checkbox"/> 単独歩行可 <input type="checkbox"/> 歩行可(要介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 妊娠中及び妊娠の可能性のある方は受けられません。			
検査依頼内容詳細(検査目的・特記事項など)				

注1) FAX画像検査申込書に必要事項をご記入の上、FAXにてご連絡下さい。

注2) 原則として翌日以降分の予約申込みをお願い致します。

注3) お返事は「予約通知書」にて検査日時、注意事項等を記入し、FAX致します。

注4) 17時00分以降のFAX受付分は翌日速やかにお返事致しますのでよろしくお願い致します。

ご不明な点は

受付時間 月～金 8時30分～17時00分(年末年始・祝日を除く)

地域医療連携室 TEL;043-251-5320(直通) FAX;043-251-5320(直通) までお問い合わせ下さい。