様式2

中津川市民病院　骨塩定量検査　予約申込書

申込年月日　　年　　月　　日

①この部分のみ記入してファックスしてください。

総合病院　中津川市民病院　医療連携室　　FAX:0573-62-4012			
紹介元医療機関の名称		紹介医師名	
電話番号		FAX番号	

フリガナ		性別	生年月日
患者様氏名	様	男　・　女	年　　月　　日生
患者様住所			患者様電話番号 －　　－
臨床診断・検査目的 （できるだけ詳しく） ※必ず記載して下さい			（禁忌事項等あれば記載してください。）
二次性骨折予防継続管理料2又は3を算定中の場合は、チェックをお願いします。→			□

依頼検査項目
骨塩定量検査（DEXA法による腰椎撮影・大腿骨同時撮影）

（※以下の部分を切り離して患者様にお渡しください）

返信　　中津川市民病院　骨塩定量検査予約票

↓紹介医療機関様は記入しないでください。

②中津川市民病院記入用

患者様氏名	様
検査名	骨塩定量検査（骨密度検査）
検査予約日	年　　月　　日　　時　　分

検査当日、中津川市民病院にお越しいただきましたら、

1.　「紹介状受付」受付窓口②番までお越しください。

2.　「紹介状受付」受付窓口②番にて下記のものをご提示ください。その後、案内票をお渡しいたします。

①中津川市民病院　骨塩定量検査　予約票（この紙）

②中津川市民病院　骨塩定量検査　予約申込書（依頼施設からの封筒内）

③医療保険の資格が確認できるもの

④中津川市民病院の診察券（お持ちであれば）

3. 検査当日ご不明な点がありましたら、職員に声をおかけください。

※検査予約状況により、予約時間より多少遅れる場合がありますのでご承知ください。

※予約の日時変更を希望される場合は、医療連携室（0573-62-4011）まで早めにお電話ください。

総合病院　中津川市民病院　医療連携室