

医療機器共同利用検査予約申込用紙

(読影 要 ・ 不要)

桃泉園北本病院 地域連携課 宛

FAX (048)543-3412

令和 年 月 日

フリガナ 患者氏名 住所 〒 電話番号 () -	様 貴院名 ・ 医師名
生年月日 (男・女)	明・大・昭・平 年 月 日(歳)
CT	<部位>
	<input type="checkbox"/> 単純のみ
MRI	<部位>
	<input type="checkbox"/> 単純のみ
DEXA (骨密度)	<部位> <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨
	<input type="checkbox"/>
希望日時	①令和 年 月 日() 希望時間: 午前 ・ 午後
	②令和 年 月 日() 希望時間: 午前 ・ 午後

※お時間は希望に沿えない事もございます。

臨床症状、検査目的、その他の検査上の具体的指示を記入して下さい。	※妊娠の可能性
『コメント欄』	有 ・ 無

○ご不明な点は下記までお問い合わせください。

桃泉園北本病院 地域連携課

電話(048)543-1011
FAX(048)543-3412(直通)
平日 9:00~17:00(土日祝休み)