



名古屋市立大学医学部附属 みどり市民病院
骨密度検査予約申込票

(共同利用)

地域医療連携センター行  052-892-1315  052-892-1334

申込み受付時間 平日 8:45~17:00 土曜日 9:00~13:00

申込日 令和 年 月 日

医療機関名	
所在地	〒
担当医	
電話番号	- -
FAX 番号	- -

注意点

- 撮影範囲に金属(人工股関節、椎体固定など)がある場合には検査できません。
- 一週間以内にバリウム検査を行っているとは検査できません。
- 一週間以内に RI 検査を行っているとは検査できません。
- 10 分程度、仰臥位で安静に寝ることができないと検査できません。

1. 検査部位	* 診療情報提供書が別途必要です。検査当日にご持参ください。	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿近位部(右) <input type="checkbox"/> 腰椎+大腿近位部(左)
2. 結果の提供方法	* 3 日程度でレポートのみ	レポートを申込み医療機関へ郵送します。

希望日時	第 1 希望	令和 年 月 日 午前・午後	予約の空き状況により希望に添えない場合がございます あらかじめご了承ください
	第 2 希望	令和 年 月 日 午前・午後	

フリガナ 患者氏名		男 女	生年 月日	大 昭 年 月 日 平 令 (歳)
住所	〒 -	TEL	*日中に連絡がつく番号をご記入ください	
			自宅	- -
			携帯	- -
受診状況	貴院には	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 入院中	(貴院 ID;)
	当院には	<input type="checkbox"/> 受診歴あり (当院 ID;) <input type="checkbox"/> 受診歴なし		