

送信先: 泉大津市立周産期小児医療センター 地域医療連携室宛

FAX 0725-32-6961 TEL 0725-20-6922

骨密度検査予約申込書

令和 年 月 日 申込

| | | | |
|--------------|--|-----|----|
| 紹介元 医療機関名 | | 医師名 | 先生 |
| 電話 | | FAX | |

| | |
|--------------|-------------|
| フリガナ 患者氏名 | (男・女)※旧姓 |
| 生年月日 | 生(歳) |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 受診歴 | (有・無) 患者ID: |

骨密度検査予約希望日

| | |
|--------|---|
| 第1希望日時 | 年 月 日() 午前・午後 |
| 第2希望日時 | 年 月 日() 午前・午後 |
| その他日時 | <input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> 都合が悪い日(年 月 日) |
| 移動手段 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他() |

備考: 土日祝日・年末年始は、検査予約をお受けできません。

<受付時間> 【平日】 9:00~17:00 【土曜日】 9:00~12:00 祝日、年末年始除く

※受付時間外のFAXにつきましては翌営業日でのお返事となります。