

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	☐ 希望日なし ☐ 都合が悪い日(年 月 日)
移動手段	☐ 独歩 ☐ 車イス ☐ ストレッチャー ☐ その他()

＜受付時間＞【平日】 9:00～17:00 【土曜日】 9:00～12:00

※日祝日、年末年始は受付できません

※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。