

●申込み方法

地域連携課までお電話☎いただき、本紙をFAX送信してください。

済生会泉尾病院 地域連携課 FAX:06-6552-0560 TEL:06-6552-0390

骨塩定量(DEXA)検査申込書 兼 診療情報提供書

年 月 日

大阪府済生会泉尾病院
放射線科 担当医先生

紹介元医療機関の名称及び所在地

名称 :

所在地 :

TEL :

FAX :

医師名 :

⑩

骨塩定量(DEXA)の検査をお願いします。

【依頼内容】

依頼内容	骨塩定量測定部位(骨密度測定) (ご依頼の部位に ☒ ください)			
	① ☐ 腰椎+大腿骨 ② ☐ 前腕			
その他	身長 (cm) 体重 (kg)			
	腰椎の人工物(体内金属類 等)	☐ なし ☐ あり ☐ 不明		
	股関節の人工物(人工骨頭スクリュー等)	☐ なし ☐ 右 ☐ 左 ☐ 不明		
	前腕(橈骨)の人工物(体内金属類 等)	☐ なし ☐ 右 ☐ 左 ☐ 不明		
希望日	※ 検査実施日時 月～金曜日(土・日・祝除く) 9:00～11:00 13:00～16:00 ☐ 予約なし(直来) 9:00～11:00まで来院 ☐ 予約なし(直来) 13:00～16:00まで来院 ☐ 予約あり 希望日 : 月 日 () 9:00～11:00まで来院 ☐ 予約あり 希望日 : 月 日 () 13:00～16:00まで来院			

【患者情報】

氏 名	フリガナ	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)	男 女
住所	〒 - TEL - -			

●オンデマンドバス利用希望

☐ 有り ☐ 無し

オンデマンドバスとは、紹介患者さんのみに対応した乗り合い方式の送迎バスです。

当院より往復45分圏内を目安として、受診日(検査日)当日に紹介元医療機関様までお迎えに伺います。

お申し込みの際に、オンデマンドバス希望の旨をお伝えください。

※予約状況により、オンデマンドバスの手配が難しい場合がございます。

地域連携課 業務時間 平日 8:45～19:00 土曜日 8:45～13:30