

診療情報提供書 骨密度測定検査

社会医療法人社団 尚篤会 赤心堂病院
〒350-1123
埼玉県川越市脇田本町25-19
TEL 049-249-0808 (患者支援室)
FAX 049-241-2856
担当医師 宛

予約日時 _____月_____日 () _____時_____分

患者様情報	フリガナ		生年月日	
	お名前		男・女	年 月 日 (歳)
	住所	〒	電話番号 — —	
紹介目的		骨密度測定検査の依頼		
経過		(症状・検査結果・治療・現在の処方・既往歴・家族歴等)		

【検査結果に関して】

- ・検査の結果は、検査当日に検査報告書を患者様へお渡しします。

骨密度測定検査 予約票

予約日時 _____月_____日（ ） _____時_____分

フリガナ

生年月日

お名前 _____ 男・女 _____年_____月_____日（ _____歳）

上記患者様の骨密度測定検査予約を受け付けました。

【当時の持ち物】

◎保険証

◎診療情報提供書原本

◎（当院受診歴のある方のみ）診察券

尚、検査終了後に検査レポートをお渡ししますので、
かかりつけ医へご持参の上、説明を受けてください。

ご予約・お問い合わせ

赤心堂病院 患者支援室

患者支援室直通TEL 049-249-0808

病院代表TEL 049-242-1181

社会医療法人社団 尚篤会 赤心堂病院