

出雲市民病院「予約申込書」兼「単純CT/骨密度共同利用依頼書」

FAX：0853-21-8123

出雲市民病院 地域連携センター 行

TEL：0853-21-2722

受付時間：（平日）8時30分～17時

※受付時間外のお問い合わせについては、翌営業日にお返事致します。お急ぎの場合は電話でお問い合わせ下さい。

医療機関名

医師名

TEL

FAX

※患者様は貴院でお待ちですか？ はい いいえ

の必要な箇所にチェックを入れて下さい。

フリガナ 男 生年月日：T S H R
患者様氏名：女 年 月 日（ ）歳

電話番号：

予約希望日： 月 日（ ） 予約希望時間： 時 分

◆撮影部位

頭部：頭部 副鼻腔 側頭骨 頸部
体部：胸部 腹部 骨盤腔 脊椎 []
四肢：上肢 [] 下肢 []
歯科：デンタルCT
その他：[]

骨密度：腰椎 右大腿骨 左大腿骨 右前腕 左前腕

※大腿・前腕は、左右の一方だけの検査となります。

◆確認事項

妊娠：有 無 授乳：有 無
ペースメーカー：有 無 体内除細動器：有 無

*体内除細動装置がある場合はその部分には照射できません。

その他：[]

◆検査目的

◆撮影指示

◆画像データ・読影結果返却方法

画像データ：患者様渡し 郵送 読影結果：FAX 郵送