

【骨塩定量】共同利用依頼書/予約票

医療機関名

紹介医師名

(フリガナ) 氏 名	神戸掖済会病院受診歴 有 (ID) 無
生年月日	年 月 日生 (歳)
住所	〒 ☎ 自宅 () - 連絡先 () -
検査日 (希望日時)	月 日 () 時 分
病名ないし疑い診断 検査目的	<input type="checkbox"/> 腰椎骨塩のみ <input type="checkbox"/> 腰椎骨塩+大腿骨頸部骨塩
検査結果	<input type="checkbox"/> 患者さん渡し希望 <input type="checkbox"/> ご依頼元の医療機関へ郵送希望 ※到着に2~3日程かかります ※郵送料がかかります
以下の場合、検査対象外となりますのでご了承ください。必ず事前にご確認下さい。 腰椎の手術を受けた方	
ご依頼元医療機関様 検査日時が決定しましたら、本用紙にご記入の上、地域医療連携室までFAXして下さい。 本用紙を患者様にお渡し下さい。	
患者様 本用紙を持参の上、神戸掖済会病院2階放射線科受付にお越し下さい。	

申し込み先:神戸掖済会病院 地域医療連携室

TEL 078-781-1411

FAX 078-781-7300