

# 骨密度検査（DEXA 法）予約票

ふりがな  
名前 \_\_\_\_\_ 様

検査日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 曜日）  
\_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分～

※予約の 15 分前までに 1 階総合受付にお越しください。

- 当日お持ち頂くもの
- ・ 船橋総合病院の診察券（お持ちの方）
  - ・ 検査予約票（この用紙）

- 検査について
- ・ 食事制限はありません
  - ・ お着替えを含めて検査時間は約 20 分程度かかります
  - ・ 結果説明はかかりつけ医師からとなります



医療法人 社団協友会 **船橋総合病院**

〒273-0864 千葉県船橋市北本町1-13-1

☎ 047-425-1151 (代)

<http://www.fgh-carrot.com>

F A X 送信先 047-774-1801



《船橋総合病院 放射線科宛》

## 《 F A X 専用骨密度検査 (DEXA法) 申込書 》

共同利用

船橋総合病院

放射線科宛

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_

フリガナ		生年	T・S	年	月	日 ( 歳 )	男 女
患者氏名	殿	月日	H・R				
住所							
電話番号	( )						
予約日時	月	日 ( )	AM・PM	時	分		
船橋総合病院受診歴 無・有 (診察券番号 — )							

骨密度検査(DEXA法) 共同利用の場合、後日記入して頂きたい書類があります。会計説明もさせていただきます。