骨密度 検査　予約申込書 兼 紹 介 状(診療情報提供書)

飯 塚 市 立 病 院 (放 射 線 科)

FAX番号(地域医療連携室)	０９４８－２３－９３３５

患　者　情　報　記　入　欄										
フリガナ 氏　名			男 女	生 年 月 日	明・昭 大・平	年　月　日生				
住　所	TEL (　　)									
保険区分	健被	健扶	日被	日扶	国被	国扶	退被	退扶	生保	労災
	自費	自賠	乳児	障害	母子	前期高齢(　割負担)		後期高齢(　割負担)		

保険者番号	記　号	番　号	公費負担番号(老人保健含む)

予約日　　年　　月　　日(　　曜日)　　時　　分
診断名または主症状
検査目的 主治医
ご希望の画像提供方法をお選びください　　ＣＤ　・　紙

紹介元医療機関	TEL FAX