

FAX送信先 047-774-1801



《船橋総合病院 放射線科宛》

《FAX専用骨密度検査（DEXA法）申込書》

紹介先医療機関

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 月日	T・S H・R	年	月	日（歳）	男・女
患者氏名	殿						
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 - ）							

☆ 下記の太枠内にご記入していただくか、『保険証』等のコピーを
ご一緒に送信されても結構です。

保険者番号				
記号・番号・枝番号				
被保険者氏名			本人・家族	
資格取得日	年	月	日	

公費負担者番号				
公費負担医療の受給者番号				

公費負担者番号				
公費負担医療の受給者番号				

<input type="checkbox"/>	前期高齢者医療被保険者証（割負担）
<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療被保険者証（割負担）
<input type="checkbox"/>	生活保護
<input type="checkbox"/>	自費
<input type="checkbox"/>	母子・父子（円）
<input type="checkbox"/>	その他（ ）



上記のいずれかに該当する患者様の場合は、
該当する項目にチェックをお願いします。

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

- ・ 健康保険証、受給者証等
- ・ 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>