

骨密度測定 予約票

フリガナ 氏名：	
検査日時：	年 月 日 () 時 分
検査内容：	骨密度測定

*ご依頼元の医療機関様でご記入ください

- 検査当日は、**予約時間 30分前** に **1階受付** へお越しください。
- この**予約票、保険証、診察券** (板倉病院に受診されたことのある方) **を受付にお出しく下さい。**
- 予約日時に来られない場合は、ご連絡ください。 ※TEL : 047-401-5178 (放射線科直通)
- 安全に検査を受けていただくため、検査着に着替えていただくことがあります。

交通のご案内

●お車でお越しの方

- ・当院正面のナビパークをご利用ください。外来患者様には割引があります。
(ご利用可能台数に限りがあります。満車の場合は、近隣のコインパーキングをご利用ください)
- ・お車を降りられたら「駐車証明書」を発券してお持ちください。
- ・検査後、受付にご提示いただくと割引券が発行されます。

●電車でお越しの方

京成本線 京成船橋駅より徒歩 5分
JR総武線 船橋駅より徒歩 7分
東武アーバンパークライン 船橋駅より徒歩 7分

●所在地・連絡先

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。

医療法人弘仁会 板倉病院
〒273-0005 千葉県船橋市本町2-10-1
TEL : 047-401-5178 (放射線科直通)

診療情報提供書

(紹介先医療機関) 医療法人弘仁会 板倉病院
放射線科

(依頼元医療機関)

依頼元医療機関 患者ID		板倉病院 患者ID	
フリガナ			
患者氏名	(男・女)		
生年月日	西暦 T・S・H・R	年 年	月 日生
患者住所	県・都 道・府	市・区 郡	町 村
電話番号	()		

傷病名 合併症/既往歴			
検査目的			
検査日時	年	月	日() 時 分~
撮影指示	骨密度測定		
検査部位			
希望出力媒体	CD-R ・ フィルム		
クレアチニン値 (造影のみ記載)	mg/d l (年 月に検査実施)		
体内金属の有無	脳動脈クリップ	なし ・ あり	
	ペースメーカー	なし ・ あり	
	その他	なし ・ あり ()	
備考			