

小牧第一病院

電話予約お願い致します

TEL 0568-54-8501

医療機関名			
紹介医師名			
住所			
TEL		FAX	

下記患者さんについて検査依頼を申し込みます。

予約検査日	年	月	日	午前・午後	時	分
-------	---	---	---	-------	---	---

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名	様	男・女	年	月	日
TEL					

MMG	
希望検査部位	2D(右・左)
検査目的	
<ul style="list-style-type: none"> ・乳腺の手術歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名:) ・下記のいずれかに1つでも当てはまる方は受診できません。 妊娠中または妊娠の疑い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 豊胸術、ペースメーカー、V-Pシャントのいずれかの手術歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 	

骨塩定量	
希望検査部位	<input type="checkbox"/> (腰椎・大腿骨) <input type="checkbox"/> 腰椎のみ
	身長 cm 体重 kg
検査目的	
<ul style="list-style-type: none"> ・股関節の手術歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (右・左) ・前回検査(小牧第一病院で実施) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 	

※この検査依頼票での依頼は検査のみの依頼となり、患者様への診断結果の説明、治療は行っておりません。