

FAX 連絡用紙Ⅳ（ファイブロスキャン検査予約）

令和 年 月 日

送 信 先	日本歯科大学新潟病院 地域医療連携室 FAX : 025-267-1546 (直通) TEL : 025-211-8257 (直通)
-------	--

送 信 元	病院・医院	科
	医師名	先生
	FAX	TEL

臨床診断 または主症状	*診療情報提供書を一緒に送付いただける場合は、ご記入いただかなくても構いません。
検査項目	<p>*いずれかに<input checked="" type="checkbox"/>をご記入下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> ファイブロスキャン検査のみ（11：00～12：00）</p> <p><input type="checkbox"/> ファイブロスキャン検査 + 腹部超音波検査</p> <p>※BMI30 以上あるような方は皮下脂肪のため当院のプロープでは測定不可です。また痩せて肋間が狭い方はデータが一定しない可能性があります。</p> <p>※腹水のある方、妊娠中の方、心臓ペースメーカーの入っている方は測定できません。</p>
予約希望日	第 1 希望 月 日（ 曜日）
	第 2 希望 月 日（ 曜日）
	第 3 希望 月 日（ 曜日）

患者基本情報	フリガナ 氏 名	様	男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）	
	住 所	〒	
	TEL		
当院受診歴	有 ・ 無		
	受診歴の有る方で診察券番号がお分かりでしたらご記入下さい。		—

※FAX 予約受付時間 月～金曜日(病院休診日除く) 9：00～16：30 まで

※上記の時間外に FAX を送信された場合は、翌診療日での対応となります。予めご了承下さい。