

FAX 連絡用紙V (ファイブロスキャン検査予約)

令和 年 月 日

| | |
|-------|--|
| 送 信 先 | 日本歯科大学医科病院 地域医療連携室 FAX : 025-267-1670 (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。