

FAX 検査依頼票 骨密度検査

柏たなか病院
地域医療連携室 行

医療機関名：
担当医師名：
TEL：
FAX：

ご依頼内容

フリガナ	生年月日
患者様氏名	T・S・H・R
様 (男・女)	年 月 日 (歳) ご本人様連絡先 - -

病名

症状

検査目的

※前回の骨密度検査実施について
なし ・ あり (年 月 日)

〈患者様の情報を下記に必ずご記入ください〉

- ・ 前日、当日にバリウム検査をした いいえ ・ はい
- ・ 腰椎または大腿骨近位部の手術をしたことがある いいえ ・ はい
- ・ 固定具や人工関節などの金属の有無

腰椎	なし ・ あり ⇒ L 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
大腿骨近位部	なし ・ あり ⇒ 左 ・ 右 人工関節 ・ その他 ()



上記ご記入がお済になられたら **04-7131-2000** にお電話ください
検査日時はお電話で空き状況を確認し、仮予約をさせていただきます
下記に日時を記載いただき、FAXお願い致します

検査予約日時

年 月 日 (曜日) 時 分



柏たなか病院
連携室04-7131-5696