

骨塩定量検査実施依頼書

独立行政法人国立病院機構

浜田医療センター 殿

依頼元医療機関

名称

送付先

医師名

地域医療連携室

電話

FAX : 0855-28-7100

FAX

患者氏名	フリガナ 男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
住所	〒			電話
依頼内容	骨塩定量検査 <input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨			
希望日	第一希望	年	月	日 (曜日)
	第二希望	年	月	日 (曜日)
	第三希望	年	月	日 (曜日)
その他	体重 _____ Kg 身長 _____ cm	手術歴	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿	手術名 []

注意事項

1. 検査は毎週火・木曜日の16時からです。
2. 検査機器の関係上、独歩の方のみお受けします。
3. 検査結果は、検査終了後お渡しします。
4. 当日、検査費用を患者さんに請求することはありません。