

# 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

送信先

依頼元医療機関名

地域連携室 Fax0855 (28) 7100

電話番号

FAX番号

患者氏名	フリガナ 男・女	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日
住所	〒					
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	平成	年	月	日	(曜日)
	第二希望	平成	年	月	日	(曜日)
	第三希望	平成	年	月	日	(曜日)
その他	体重 k g	手術歴	<input type="checkbox"/> 腰椎 手術名 ( )			
	身長 c m		<input type="checkbox"/> 股関節			
			<input type="checkbox"/> 大腿			

## 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ので、しばらくお待ち頂きます。
- 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。

## ※浜田医療センター記入欄

(依頼元医療機関はこれから下への記入はしないでください。)

## 骨塩定量委託検査予約票

ID	予約日	平成	年	月	日
----	-----	----	---	---	---

## 検査を受けられる方へ

検査は、上記予約日の16時から行います。

時間までに必ず、浜田医療センター 放射線科受付窓口へ直接いらしてください。

窓口担当者がいない場合は、呼出のベルがおいてありますので、お知らせください。

担当者に本予約票を提出してください。