骨密度検査依頼票

　　年　　月　　日

三島総合病院　地域連携室　行

（FAX　055-975-2783）

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者氏名** |  | **性　別** | **男　・　女** |
| **生年月日** | **年　　　　月　　　　日** |
| **住　　所** | **℡** |
| **身　　長** | **㎝** | **体　　重** | **kg** |
| **骨密度検査****部　　　位** | **□腰椎　　　　□股関節（□右・　□左）** |

検査希望日：①　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　②　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　③　　　　　年　　　月　　　日

* 骨密度の検査のみとなります。尚、診察を必要とする場合はお電話下さい。

電話　（055-975-2761）

* 検査時間は、午後の予約となります。

* 予約日程決まりましたら、予約票をFAXいたします。