

骨密度検査依頼

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	TEL		
身 長	cm	体重	kg
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

※ 当院での診察はありません。**骨密度の検査のみ**となります。

※ 検査時間は、**午後の予約**となります。

※ ご予約の日程が決まりましたら、予約表をFAXいたします。

JCHO三島総合病院