

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

送付先
地域医療連携室 Fax 0855(28)7100

名称

氏名

電話

Fax

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 身長	Kg 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。