

福島生協病院

依頼日 年 月 日

F A X 番号 082-292-3512

医療機器共同利用 骨密度測定検査依頼書

検査希望日	月 日 ( )	希望時間 ( ~ )
フリガナ		当院受診歴 (有・無・不明)
患者氏名		当院ID ( )
生年月日	年 月 日 ( 歳)	性別 男 ・ 女
住 所		電話 - - 携帯 (その他連絡先)
紹介元 医療機関名		TEL - - FAX - -
医師名		
撮影部位		
<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎のみ * 検査の精度のために基本的には腰椎+大腿骨での検査を推奨します		
		身長 cm ・ 体重 Kg
症病名・検査目的		
チェックリスト		
妊娠		有 ・ 無
安静を確保できない可能性		有 ・ 無
体内金属	腰椎	有 ・ 無
	大腿骨	有 ・ 無

TEL 082-292-3260

地域医療連携室 (直通)

結果につきましては紙面でのお返しとなり、検査後に患者様にお渡しいたします。