

《紹介先》 医療法人社団 順洋会
武蔵野総合クリニック
画像・健診センター
☎042-497-8571
FAX042-497-8561

骨密度（骨塩定量）測定検査 申込書・紹介状

予約日： 年 月 日（ ） 時

ご予約時間の 10 分前にお越し下さい。

紹介医療機関

所在地

☎ - -

担当医師

FAX - -

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者様氏名		生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成
住所	〒	電話番号	

検査依頼 骨密度測定
(検査部) 腰椎 + 大腿

患者様情報を必ずご記入下さい。

腰椎または大腿骨近位部の体内金属の有無と部位を○印で囲んで下さい。

腰椎 無・有

大腿骨近位部 無・有 → 人工関節（左・右）

その他（ ）

前回の骨密度の測定の検査実施について 有無に○印で囲んで下さい。

無・有（ 年 月 日 ） *4か月以上空けて下さい。

*検査結果は当日患者様にお渡しさせていただきます。