（診療情報提供書）

骨塩定量検査依頼書

紹介先

国際医療福祉大学市川総合病院

〒272-8513 千葉県市川市菅野 5-11-23
Tel:047-322-0151（内線 2860）

紹介元	電話
医療機関名	FAX
医師氏名	

フリガナ 氏名　　様　　男 ・ 女
生年月日　T･S･H･R　　年　　月　　日　（　　）才
電話番号

予約日時	20　　年　　月　　日　　時　　分

【検査部位】
通常、**腰椎正面･左大腿骨**を撮影しています。
左右のご指定等がある場合は下記　□にチェックを入れて下さい。

□　右大腿骨

＊ご希望の測定部位に金属が入っていた場合は、測定できないことがあります。

コメント欄（検査についてコメントがあればご記入下さい）

ご不明な点がございましたら、お電話にてお問合せ下さい