

(診療情報提供書)

紹介先

東京歯科大学市川総合病院

〒272-8513 千葉県市川市菅野5-11-23

Tel : 047-322-0151 (内線2860)

# 骨塩定量検査依頼書

紹介元 医療機関名	電話 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