

(A)骨密度検査依頼書兼診療情報提供書

年 月 日

(骨密度検査申込書)

虎の門病院

FAX 03-3560-7878

骨密度検査担当 先生

①FAX送信前に、電話で予約をお取り下さい。

②予約が取れた日時(検査日)をご記入ください

予約日 年 月 日 時 分

③この用紙に必要な事項をご記入の上、FAXして下さい。
折り返し「検査の注意書き」をFAXいたします。

※医療券(難病等)をお持ちの方のみご記入下さい→

*必ずFAX及びTEL番号を御記入下さい。

〒
所在地

医療機関名

TEL

FAX

医師氏名

当検査の公費適用

(有・無)

虎の門病院受診歴	(有・無)	虎の門病院登録番号	-	-	-
----------	-------	-----------	---	---	---

フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日	男 ・ 女
患者氏名			平・令 (歳)	
住 所	〒		自宅TEL	
			日中連絡先	

骨密度検査 (□にチェックして下さい)	☐ 骨密度)腰椎	☐ 骨密度)右前腕
	☐ 骨密度)右大腿骨頭	☐ 骨密度)左前腕
	☐ 骨密度)左大腿骨頭	☐ 骨密度)右THA
		☐ 骨密度)左THA

臨床診断・主訴

- 1.身長(. cm) 体重(. kg)
2.妊娠の有無 (無・有)
3.特記事項()

検査目的及び検査に関する希望