



骨密度検査申込書

年 月 日

紹介元	
医療機関名	()
住所:	
電話番号:	FAX
紹介医師名	

ふりがな 患者 氏名 様 (男 ・ 女)	生年月日: T/S/H	年	月	日
	電話番号:	—	—	
(連絡のとれる所・携帯)				

検査希望日	第1希望:	月	日	()	AM	・	PM
	第2希望:	月	日	()	AM	・	PM
	第3希望:	月	日	()	AM	・	PM

検査部位	(当院では腰椎+大腿骨の検査を行っております)
腰椎+大腿骨	

連絡事項	※診療情報提供書が別途必要です。検査当日にご持参ください。
------	-------------------------------

リハビリセンター受診歴	無 ・ 有 (ID:)
(シルバーフィットネス利用も含む)	

※骨密度検査は4ヶ月に1回しか検査することができません。ご注意ください。
