

## F 骨密度(骨塩定量)検査申込書

年 月 日

総合大雄会病院 放射線科 宛

検査希望日 医療機関名  
第1希望 年 月 日 ( ) 医師名 ⑩  
第2希望 年 月 日 ( ) TEL  
第3希望 年 月 日 ( ) FAX

ふりがな		生年月日	性別
患者氏名		年 月 日	男・女

〒 TEL

検査部位	<input type="checkbox"/> 腰椎＋大腿骨 <input type="checkbox"/> 体組織(筋肉量)
------	---

検査結果 検査結果用紙とCD-Rでお届けいたします。

禁忌事項等特記事項ございましたらご記入をお願いします。

\*腰椎・股関節に金属が入っている、最近バリウム検査をした、妊娠の可能性がある等が禁忌となります。

\*検査結果は後日郵送させていただきます。患者さまへのご説明はかかりつけ医師よりお願いいたします。

\*問診、お会計は総合大雄会病院となりますが、検査は大雄会クリニックで施行いたします。患者さまには移動でご不便をお掛けしますが、あらかじめご了承頂きますようご説明のほどよろしくお願いいたします。

送付先 総合大雄会病院 地域医療連携室

※右記のFAX番号を確認後送信してください。

※個人情報の取扱いについては慎重にお願いします。

FAX 0586-24-9999

TEL 0586-26-2366(直通)