

骨密度検査依頼書

<予約・お問い合わせ先>
社会医療法人 高清会 香芝高清会病院
TEL:0745-77-8101 (代表番号)
FAX:0745-78-5090

I D				予 約 日	令和					
					年	月	日	時	分	
氏 名	フリガナ	男 ・ 女	才	医療機関						
				主治医						
生年月日 T・S・H・R 年 月 日				TEL: () -						
連絡先				FAX: () -						

検査部位

腰椎正面

右股関節

左股関節

* 複数部位選択可

次回、診察日

月 日 時

【臨床診断名】

【症状（できるだけ詳しく）】

いつから・症状・部位・できれば既往歴

【検査目的】