

# 骨密度検査FAX申込書 ・ 診療情報提供書

小林市立病院 担当医 宛

※原本は当日ご持参下さい。

フリガナ			御依頼医師名		
患者氏名					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	依頼元 医療機関名
年齢・性別		歳	男 ・ 女		
希望日時	第1希望	年	月	日 ( )	TEL
	第2希望	年	月	日 ( )	FAX
	希望なし				御担当者氏名

**【検査部位】(○で囲んでください)**

- 腰椎のみ
- 腰椎+大腿骨 ( 右 ・ 左 )

**【検査目的 ・ 疾患名(疑い) ・ 現病歴 ・ 既往歴 等】**

**【チェックリスト】(○で囲んでください)**

<input type="radio"/> 女性の方で妊娠の可能性		有	無
<input type="radio"/> 安静を確保できない可能性		有	無
<input type="radio"/> 体内金属	腰椎	有	無
	大腿骨	有	無

小林市立病院 予約受付 FAX0984-23-8226 受付時間8:30~17:00(月~金・祝日除く)