

## 骨塩定量検査 (DXA) 予約票

申込日：令和 年 月 日

## 【依頼元】

医療機関名： \_\_\_\_\_

医師名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

紹介元医療機関様へ

\*骨塩定量検査予約はお電話にて日程予約をお願いいたします。

\*下記の太枠の中と検査日時をご記入いただき患者様にお渡しください。

## 【患者様情報】

◎太線の枠の中をご記入ください。

氏名	フリガナ	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	男女
住所	〒 -			TEL - -
予約検査	検査希望部位に☑をつけてください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 右大腿骨近位部 <input type="checkbox"/> 左大腿骨近位部			
備考欄				

\*当院が初めての場合は、カルテをお作りする都合上、時間がかかる場合がございます。ご了承ください。

## 骨塩定量検査 予約票

予約日時 月 日 ( ) 時 分

○検査当日は、予約時間の15分前に受付を済ませてください。

○検査まで若干の待ち時間をいただくことがあります。

○検査結果については当日の検査終了後にお渡しします。

○骨塩定量検査予約票と健康保険証をご持参ください。

津生協病院 放射線科 TEL : 059-225-2848 (代表)