

(様式24)

(宛先)

# 骨密度測定検査 依頼票

名古屋市立大学医学部附属  
西部医療センター  
地域医療連携センター  
FAX 番号 (052) 856-0049

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ 先生  
TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ 依頼日: 令和 年 月 日

フリガナ 患者氏名  連絡先: _____ - _____	男 女	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
--	--------	-------------------------

※必ずチェックをお願いします。  被ばくに関する説明を行いました。

診療情報提供書に記載

**検査日:**

【第一希望日: 月 日 ( ) PM 時 分~】

【第二希望日: 月 日 ( ) PM 時 分~】

【第三希望日: 月 日 ( ) PM 時 分~】

※午後1時30分~3時30分までの間で、希望時間をご記入ください。

検査の所要時間は、およそ15分程度です。

地域医療連携センター直通 052-991-8145