

(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	男 女	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
連絡先電話番号	住所 〒	都道府県 市郡町村 区

※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。

病名・症状・検査目的・その他注意事項など

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