

(宛先)

(様式24)

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 () 時 分 ~ 】
【第二希望日: 月 日 () 時 分 ~ 】
【第三希望日: 月 日 () 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