

江戸川メディケア病院

院長 古市 基彦 行

TEL: 03-6657-8175 (直)

FAX: 03-6657-8197 (直)

〒133-0071 東京都江戸川区東松本2丁目14番12号

(医療機関名)

(医師名)

(住所) 〒 —

診療情報提供書

骨密度 検査指示票

(TEL)

(FAX)

希望検査日: 年 月 日 時 分

決定検査日: 年 月 日 時 分

ふりがな		性別 男 ・ 女
患者氏名		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (年齢: 歳)	
住 所		
電 話	— —	

患者チェックリスト (依頼医師が記入)

1) 妊娠またはその可能性 有・無 2) 持続血糖測定器 有・無

◎骨密度測定 腰椎+股関節

※ 検査目的:

※ 身長 c m ※ 体重 k g

※ 分かる範囲で結構です、○で囲んでください。

- 腰椎インプラント 有 . 無
 右股関節インプラント 有 . 無
 左股関節インプラント 有 . 無

記載日: 年 月 日