

診療情報提供書 【骨密度検査（DEXA法）依頼票】

関西メディカル服部駅前クリニック行（FAX 06-6864-8300）

予約日時	月	日（ ）	午前・午後	時	分
------	---	------	-------	---	---

※お電話で予約済みの場合、予約日時をご記載ください

紹介元医療機関名

貴院 F A X 番号（返信用）

-()-

担当医師名

科

患者氏名	フリガナ	生年月日	大正・昭和・平成・令和
	男・女		年 月 日（ 才）
住所・電話	〒 - 電話： -（ ）-		
検査内容	骨密度検査（DEXA法）		検査結果の提供方法
	身長 cm / 体重 kg		<input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> CD-ROM ※スムーズに検査を行うため ご記入お願いいたします
移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子		
当院受診歴	あり ・ なし （診察券番号 : ）		
ご希望検査日	① 月 日（ ） 午前・午後		
	② 月 日（ ） 午前・午後		

傷病名

紹介目的

既往歴・手術歴

貴院における経過・検査結果・処方
