

石川県済生会金沢病院 骨密度(DEXA) 検査申込書 *FAX予約用紙 電話不要
(診療情報提供書)

令和 年 月 日

施設名	TEL _____ FAX _____
医師名	
検査希望日時	令和 年 月 日 () (:) 土日祝、年末年始は予約できませんのでご了承ください
フリガナ 患者氏名 生年月日 性別	T. S. H. R. / / 男 ・ 女
済生会病院受診歴	有(ID) _____ ・ 無
検査部位	腰椎 ・ 大腿骨 (基本、2部位検査します)
インプラントの有無	腰椎 ・ 右大腿骨 ・ 左大腿骨 ・ なし
当院のDEXA検査履歴	初回 ・ 2回目以降 (前回検査より4か月経過必要)
ID-LINK	利用する(紹介医ID _____) ・ 利用せず
データ媒体	検査結果(英語) ・ 検査結果(日本語) ・ その他
受渡し方法	患者渡し ・ 郵送 ・ 不要 ・ その他
診断名 :	
検査目的・症状等 :	

・ 検査日当日、この用紙を持参のうえ、総合受付窓口にご来院ください。

石川県済生会金沢病院 地域連携室 FAX番号 076-266-2990

石川県済生会金沢病院 放射線部 お問い合わせ番号 076-266-2938