

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 () PM(:) 土曜日および放射線科医不在日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