

診療情報提供書（骨密度検査依頼用）

平成 年 月 日

田川市立病院長 殿

FAX 0120-551-920
(又は0947-46-5030)電話 0120-100-446
(又は0947-46-5035)

貴院の名称

所在地

医師氏名

電話

印

予約日時	年 月 日 () 午前 時 分		
(フリガナ)	生年月日		性別
患者氏名	大・昭・平 年 月 日 (歳)		男・女
患者住所	電話番号		
検査区分	<input type="checkbox"/> 骨密度検査	結果のご報告	検査結果用紙でのご報告になります。
撮影区分	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿頸部		
	<input type="checkbox"/> 腰椎		
	<input type="checkbox"/> 大腿頸部・前腕部		
	<input type="checkbox"/> その他		
診断名			
検査目的 病歴 家族歴等			
現在の処方			
体内金属の有無	有・無	※有の場合は、部位や素材、挿入年月日など出来るだけ詳しくご記入ください。 ()	

電話予約後、医療連携室へFAXしてください。本紙は検査当日に受付にご提出ください。

田川市立病院 医療連携室

電話 0120-100-446 (直通) FAX 0120-551-920