

骨密度検査依頼書<診療情報提供書>

年 月 日

JCHO金沢病院 地域医療連携センター

TEL: 076-253-5069(直通)

FAX: 076-252-2369(直通)

紹介医療機関
医師氏名
TEL
FAX

ふりがな		性別		(西暦)			
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年	月	日	(才)
住所	〒						
TEL		氏名		続柄			

検査部位	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 大腿骨	身長	cm	体重	kg
臨床診断・病名						
主訴、経過、検査目的						

希望日	第1希望	年	月	日 ()	特に希望日がない場合は、記入不要
	第2希望	年	月	日 ()	