

診療情報提供書（骨塩定量検査依頼書）

NTT東日本関東病院 医療連携室
TEL 03-3448-6192
FAX 0120-34-4810（03-3448-6071）

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

患者情報				依頼元医療機関	
フリガナ				住所	
氏名				医療機関名	
生年月日	年	月	日（満歳）	電話番号	
性別	男・女	身長	cm	体重	kg
妊娠の可能性	☐ なし ☐ あり	※ 妊娠の可能性ありの場合には 検査を行えない場合があります。			
住所	〒			関東病院 受診歴	☐ あり 【診察券番号 ☐ なし ☐ 不明 】
	電話番号				

検査希望日	第1希望	年	月	日	時頃
	第2希望	年	月	日	時頃
※ご予約は申込日の翌々日以降になります。 ※FAX受信後、貴院宛に予約日時のご連絡をいたします。					
検査部位 (1つ選択)	☐ 腰椎（L2～L4） ☐ 腰椎（L2～L4）+ 大腿骨頸部 ☐ 大腿骨頸部				
臨床診断 (病名)					
検査目的／ 臨床情報など					