

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 03-3448-6111（代表）
 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 | <input type="checkbox"/> なし ※ 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 <input type="checkbox"/> あり | FAX番号 | |
| 住所 | 〒 | 医師名 | |
| | 電話番号 | 関東病院 受診歴 | <input type="checkbox"/> あり【診察券番号】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 |

| | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|----|
| 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致します。 | | | | |
| 検査部位 (1つ選択) | <input type="checkbox"/> 腰椎（L2～L4） <input type="checkbox"/> 腰椎（L2～L4）+ 大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部 | | | | |
| 臨床診断 (病名) | | | | | |
| 検査目的/ 臨床情報など | | | | | |