

骨塩定量検査依頼表

年 月 日

貴院名： _____ 貴主治医名： _____ 先生

(カナ)

患者様名： _____ 様 性別： 男性・女性

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

| 検査種類 | 検査部位 |
|------|----------|
| DEXA | 腰椎＋大腿骨頸部 |

○貴診断名

※その他、検査に際し指示があればご記入下さい。

(_____)

※検査は約 10 分程度で仰臥位の姿勢を維持出来る方で、検査中は体を動かさないようにして頂きます。

検査終了後、患者様に結果をお渡しします。

検査当日に持参して頂く物

- 検査依頼表
- 保険証
- 診察券 (当院に受診されたことがある方のみ)

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日祝 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|----|
| 9:00~13:00 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | - |
| 14:00~17:30 | ● | ● | ● | ● | ● | - | - |

休診日：日曜 祝日

※予約は行っておりません。検査依頼表を持参して月曜日～土曜日の診療時間内にいらして下さい。



医療法人社団顕伊会 **藤が丘駅整形外科**

神奈川県横浜市青葉区藤が丘2-5-5 F-GARE 3階 TEL：045-972-7800