



骨密度測定(DEXA法)

日進おりど病院長 宛

施設名:

医師名:

印

下記の患者について、医療機器共同利用を申し込みます。

なお、検査時、患者に対する緊急処置が必要となった場合は、貴院の対応に一任します。

ふりがな		生年月日	性別
患者名	様	大正・昭和・平成 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身長・体重	cm kg ※計測に必要な情報です。		
検査日	年 月 日		
検査部位	腰椎 + 大腿骨にて計測 ※手術にて金属が挿入されている場合は除外します		
臨床診断			
検査目的			
患者の状況	※手術歴や注意すべき点などがありましたらご記入ください。ex.)右股関節手術済みなど		
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 次回の検査日は、4ヶ月後以降になります。 ・ 総合受付にて、受付を済まされるようご案内申し上げます。 ・ 都合により検査が受けられなくなった場合には、ご連絡お願いいたします。 		

