

骨密度測定 検査依頼書

紹介先医療機関

〒394-8512

長野県岡谷市本町4丁目11-33

岡谷市民病院 放射線科

TEL 0266-23-8000

依頼施設名

医師名

検査日時	年 月 日 (時 分)
ID 患者名	
生年月日 / 性別	T・S・H・R 年 月 日 (男 ・ 女)
身長体重	_____ cm _____ kg
撮影部位	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 左股関節 <input type="checkbox"/> 右股関節
備考欄	

撮影条件	Kvp mAs
撮影技師	

※ 検査当日、放射線科受付窓口へ提出するようお願い致します。