

# [骨密度測定装置DXA依頼書]

年 月 日

紹介元機関 \_\_\_\_\_

ご依頼医師 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

【予約日時】	年 月 日 ( )	時 分
フリガナ		性別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳 )	
城西病院での受診歴	有 ・ 無 ・ 不明	
DXA(腰椎+大腿骨)測定		

※測定結果はCDに出力し、患者様にお渡しいたします

※ご予約の**20分前**に来院していただきますよう、よろしくお願い致します

※妊娠中の方、またその可能性のある方は**検査受けられません**

社会医療法人 達生堂 城西病院

TEL 0296-33-2111

放射線部(内線3162)