

さくら会病院 放射線科 骨密度検査予約申込書（FAX予約用）

FAX番号：072-367-7775（地域連携室 9：00～17：00）

医療機関名

依頼医師名

電話番号

住所

FAX番号

患者情報

フリガナ		生年月日	西暦・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）
患者氏名			
		性別	男性 ・ 女性

診療情報提供書

傷病名	
症状	

検査希望日 検査時間 月～土 8：30～16：30，日祝 8：30～10：30

第1希望日 月 日 AM ・ PM

第2希望日 月 日 AM ・ PM

検査部位

☐（DXA法）腰椎＋左大腿骨（ガイドライン準拠）

【注意点】

- 腰椎は、第1腰椎から第4腰椎を測定します
- 腰椎の一部に整形外科的金属を含む場合はその部位を除外した範囲での測定となります
- 腰椎全体や左大腿骨に整形外科的金属を含む場合は代替部位での測定となります

【検査結果について】

検査結果はA4印刷し 貴院へ郵送・FAXさせていただきます