

送信先：大田市立病院医事室

FAX：0854－84－7827

骨密度検査依頼票

大田市立病院患者番号 (※)			
フリガナ			男・女
患者氏名			
生 年 月 日	明・大 年 月 日 昭・平		
住 所	市 郡 番地		
電 話 番 号			
撮 影 部 位	骨密度測定(腰椎・両大腿骨同時撮影)		
撮 影 条 件	電圧：140 KVP	電流：4 mA	時間：10 Sec
依 頼 元 医 療 機 関			
依 頼 医 署 名 (自 筆)			
検 査 希 望 日	令和 年 月 日		
検 査 実 施 日 (※)	令和 年 月 日		

※は記入しないで下さい。