

骨密度測定検査依頼書

貴医療機関名	病院 医院 診療所 クリニック	診療科	担当医師
TEL: ()	FAX: ()		
申込日: 年 月 日	予約日: 年 月 日	(曜日) 午後・午前 時 分	

当院ID									
患者氏名					生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生	歳	男・女
住所	〒								TEL ()
検査部位 希望の測定部位を○で囲んでください。									
腰椎 ・ 大腿骨 ・ 腰椎 + 大腿骨 ・ 前腕 (右 ・ 左)									
備考・特記事項など									

※当院初診の場合は下記もご記入ください。

<<保険証情報>>

保険者番号									
記号・番号	・								
続柄	本人・家族		高齢1割・3割						

<<公費負担情報>>

市町村番号									
受給者番号									
一部負担									円

<<マル福情報>>

記号	茨-	番号	
----	----	----	--

ご提供いただいた情報は診察のみに使用いたします。

〒306-0433
茨城県猿島郡境町2190

茨城西南医療センター病院
地域連携室

TEL: 0280-23-5875
FAX: 0280-23-5812