

FAX専用骨密度検査依頼申込書

2020年 月 日

受信施設 しょうのクリニック 宛 〒591-8025 大阪府堺市北区長曾根町3082-1 クリニックステーションなかもず2階 HP: shonoclinic.com TEL: 072-240-2370 FAX: 072-240-2371	送信施設様 医療機関名： 〒 ご住所： TEL： FAX： ご依頼医師名： 様
---	--

受付時間：

月：	9：00～19：30	
火：	9：00～12：00	16：30～19：30
水：	13：00～18：30	
木：	9：00～12：00	16：30～19：30
金：	9：00～19：30	
土：	9：00～12：00	

検査時間： 月～土 9：00～11：30

受診希望日： 月 日 時頃
 ※ 検査日時が決まり次第、貴院にご連絡いたします

骨密度測定装置（DEXA）は解析した後に、結果を貴医療施設に郵送させていただきます。

ご希望をお聞かせ下さい。

- DEXA（腰椎・大腿骨）のみ希望
- DEXA（腰椎・大腿骨）と骨代謝マーカーの測定
- DEXA（腰椎・大腿骨）の結果の連絡を希望するが、治療は任せたい

紹介患者様		生年月日 T・S・H
ふりがな	男・女	年 月 日
氏名		
住所（〒 ）	当院受診歴	あり・なし

電話番号
 検査目的・主訴・既往歴などお願いします

保険情報 国民健康保険 社会保険 その他