

# 骨塩定量検査依頼表

年 月 日

貴院名： \_\_\_\_\_ 貴主治医名： \_\_\_\_\_ 先生

(カナ)

患者様名： \_\_\_\_\_ 様 性別： 男性・女性

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

検査種類	検査部位
DEXA	腰椎＋大腿骨頸部

○貴診断名

※その他、検査に際し指示があればご記入下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]

※検査は約 10 分程度で仰臥位の姿勢を維持出来る方で、検査中は体を動かさないようにして頂きます。

検査終了後、患者様に結果をお渡しします。

## 検査当日に持参して頂く物

- 検査依頼表
- 保険証
- 診察券 (当院に受診されたことがある方のみ)

診療時間	月	火	水	木	金	土	日	祝
9:00~12:30	○	○	○	○	○	○	○	休
15:00~18:30	○	○	○	○	○	休	休	休

※予約は行っておりません。検査依頼表を持参して月曜日～土曜日の診療時間内にいらして下さい。



医療法人社団頤伊会 さい整形外科クリニック  
東京都葛飾区堀切 3-35-10 TEL: 03-5654-2070