

診療情報提供書 兼 DXA検査依頼書

福岡歯科大医科歯科総合病院 放射線診断科

担当 先生御侍史

依頼元医療機関名

依頼医師名

電話番号

(メール

フリガナ :

患者氏名 :

生年月日: 年 月 日

様 性別 (男 ・ 女)

傷病名

紹介目的

腰椎手術歴 (あり なし)

大腿骨/股関節手術歴 (右 ・ 左 ・ 両) (あり なし)

その他の体内金属/電子機器 (あり なし)
(製品名 :)

車椅子移動 (あり なし)

現在の処方及び備考

予約日時 年 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分

DXA検査 ☐ 腰椎+大腿骨 ☐ 腰椎のみ ☐ 大腿骨のみ

* あらかじめお電話にて検査枠をご予約されたい
092-801-0411 (代表) 放射線診断科受付まで

*解析結果はビューワソフト付DICOMデータにてお渡しいたします

2021年5月更新