

診療情報提供書 〈検査予約患者紹介状〉

患者情報

20 年 月 日

患者 氏名	フリガナ	男 ・ 女	生	年	月	日
			年			
			(年齢 歳)			

検査のご利用にあたり以下の必要事項にご記入をお願いいたします

希望する検査項目に○印をして、撮影部位の記載をお願いします（保険等の制限上1日1部位とさせていただきますのでご了承ください）

骨密度検査	腰椎＋股関節（右・左）	腰椎のみ	股関節（右・左）のみ	橈骨（右・左）
-------	-------------	------	------------	---------

病名	※確定病名と疑い病名を区別してください
検査目的	※診断に必要な情報（症状・経過・他検査所見・既往歴等）を詳記してください
備考	

紹介元の医療機関の情報

紹介元	医療機関名
	所在地
	電話番号
	医師名

放射線科 TEL 044-986-1384