

# 大阪骨粗鬆症検診を考える会 骨密度測定依頼書

紹介先 医療機関名	
診療科	科
医師名	先生侍史

《依頼元施設 記載欄》		年	月	日
フリガナ		【依頼元 施設情報】		
患者氏名	男・女	医療機関名:		
患者住所		医師名:	印	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	住所: 〒		
		TEL:		
		FAX:		

<b>検査受診理由</b>	
<input type="checkbox"/> 大阪市検診 精密検査対象	<input type="checkbox"/> それ以外

<b>希望する診療・検査内容</b>	
( ) 骨密度測定のみ ( ) 骨密度測定および治療方針アドバイス ( ) 骨密度測定および初回処方	} 希望内容に「○」をつけて下さい

<b>検査日時の希望</b>						
第1希望	年	月	日	午前・午後	時	～ 時
第2希望	年	月	日	午前・午後	時	～ 時
第3希望	年	月	日	午前・午後	時	～ 時

-----

<b>《検査実施 施設記載欄》</b>	
検査日	月 日 時 分より
患者No	
備考 (注意事項等)	