

骨塩定量検査申込書 (兼 検査終了報告書)

申込先医療機関名
独立行政法人 国立病院機構 新潟病院

検査依頼元医療機関名

依頼元医師名

HOLOGIC社製 HorizonWi型

患者様基本情報

(新潟病院患者ID :)

フリガナ		性別	生年 月日	年号 年 月 日 (歳)
氏名				
住所	〒	電話	() -	

検査予約日時	年 月 日 (曜日) 時 分
--------	-----------------

●希望検査項目 (希望する項目にチェックをつけてください)

骨塩定量

<input type="checkbox"/>	腰椎
<input type="checkbox"/>	腰椎+大腿骨 (右)
<input type="checkbox"/>	腰椎+大腿骨 (左)

臨床診断・検査目的等 (大きくはっきりと記載願います)

整形外科的金属 (人工関節等) あり なし検査終了報告
※新潟病院記載欄

※上記にかかる検査を実施致しました。実施年月日 :

年 月 日

NHO新潟病院地域医療連携相談室

*画像CD-Rは当院での検査後、患者様にお渡し致します。(場合によっては後日貴院宛てに郵送致します)