

# 診療情報提供書（兼）DXA検査依頼票

【歯科用】

地域医療機能推進機構 玉造病院

※ 太枠の中の必要事項をご記入してください。

医療機関名	歯科医師名
住所	
電話番号 ( ) —	FAX ( ) —
フリガナ	男・女
患者氏名	生年月日 T・S・H 年 月 日
傷病名	骨粗鬆症の疑い
紹介目的	パノラマX線写真から上記を疑い、精査のため骨密度測定検査（DXA）をお願いいたします。
検査希望日	第1希望 年 月 日 AM・PM
	第2希望 年 月 日 AM・PM
	<input type="checkbox"/> いつでもよい
検査部位	腰椎 + 右大腿部 ※ 測定不能の場合、部位を変更することがあります
備考	

  

前回検査	無 ・ 有 ( 年 月 日 )
身長	cm
体重	kg
骨折歴	無 ・ 有 ( )
体内金属	無 ・ 有 ( )

・被保険者証

保険者番号		資格取得年月日・期限	
記号・番号	本人・家族（被保険者氏名）		
負担割合	1割 2割 3割		

- ・ 折り返し、予約票をFAX致します。
- ・ 患者様には、この用紙（依頼票）と予約票をお渡し下さい。
- ・ 受診当日は、2番受付にお越し下さい。

地域医療機能推進機構 玉造病院 地域医療連携室

TEL 0852-62-1591 FAX 0852-62-1579