

DXA検査依頼票（診療情報提供書）

紹介医療機関名		依頼医師	
所在地	〒		
TEL	(- -)		
FAX	(- -)		

フリガナ		明・大	年	月	日
患者氏名		昭・平・令			
		(歳)		男・女	
住所	〒				
TEL	(- -)				

検査希望日		検査希望時間 (平日:9時~16時、土曜日:9時~12時)
第1希望	月 日	
第2希望	月 日	

検査内容（希望検査内容にチェックを入れて下さい。）	
<input type="checkbox"/>	DXA検査のみ
<input type="checkbox"/>	DXA検査 + 胸腰椎単純X線2方向
検査にあたっての既往歴・現病歴・処方 ※必ずご記入ください。	

お申し込みは阪南市民病院 地域連携室までFAX(072-471-3977)をお願いいたします。