

XP・骨密度 検査依頼票

紹介元医療機関の名称

ご担当医師名

患者氏名

予約日時(紹介元医療機関からのご予約)

生年月日

性別

月

日

時

分

電話番号(日中連絡のとれる電話番号)

—

—

XP 撮影部位

※部位、方向、および必要な特記事項の記入をお願いします。

骨密度(DEXA法専用) 撮影部位

- 大腿骨頸部+腰椎 (基本はこちらです)
- 大腿骨頸部のみ
- 腰椎のみ

※測定部がプレート固定、ボルト固定などの術後の場合は、測定出来ない場合があります。

画像 CD フィルム

※骨密度検査の結果は用紙でお渡しします。

※チェックのない場合は各医療機関様との元々の
取り決めに従います。

常盤台外科病院

〒 174-0071 東京都板橋区常盤台2-25-20

TEL 03(3960)7211~4 (代)

TEL/FAX 03(3960)1621 (放射線科直通)