

B M D検査依頼用紙

検査日時 令和 年 月 日 午前 午後

総合病院 落合病院

総合支援センター

TEL 0867-52-1133

FAX 0867-52-1160

紹介元医療機関	
名称:	病院 科 医院
医師名:	先生

フリガナ	性別	生年月日
氏名 様	男 女	年 月 日
住所	連絡先	
	— —	

装置の故障・調整などで予約変更をお願いすることがございますがあらかじめご了承ください。

保険証	記号・番号		公費番号①								
	保険者番号		受給者番号								
	有効期限	~	有効期限	~							
	続柄	本人・家族	負担割合	割							

検査部位を○で囲んでください。電話予約後この用紙をFAXして下さい。
原則1回/年の検査となりますが算定要件を満たす場合は対応いたします。備考欄へ要件を記入ください

測定部位	・ 腰椎 ・ 股関節 ・ 腰椎+股関節 測定部位に埋め込み金属がある場合、または圧迫骨折等で測定に支障がある場合は部位を追加させて頂く場合がありますのであらかじめご了承ください。
------	--

身体情報	身長・体重 cm kg
------	---

備考	
----	--