

# 骨塩定量検査依頼書

医療機関名

紹介医師名

患者	(フリガナ) 氏名	様 男・女	神戸掖済会病院受診歴 有 (ID. ) 無	
	生年月日	年 月 日生 ( 歳 )	職業	
者	住所	〒 ( ) - 連絡先 ( ) -		
	希望日	第1 ( 月 日 )、第2 ( 月 日 ) ( 午前・午後 )		
備考				
主保険	保険番号	記号・番号		1. 本人
				2. 家族
併用保険	負担者番号	受給者番号	種別	1. 有
				2. 無
病名				
特記事項				
<input type="checkbox"/> 腰椎骨塩+大腿骨頸部骨塩				

申し込み先: 神戸掖済会病院 地域医療連携室

TEL 078-781-1411

FAX 078-781-7300