

# 診療情報提供書（CT・DXA検査） 兼 FAX依頼書

お電話での検査予約完了後、こちらの用紙を073-432-6054までFAX送信ください。

20231027

また、検査当日、診療情報提供書（CT・DXA検査）兼FAX依頼書の原本と健康保険証等を受付まで提出お願いします。

フリガナ 患者氏名					男・女	紹介元医 療機関名	
生年月日	年	月	日	（ 歳）		住 所	
住 所 〒	—					ご担当医	印
TEL						TEL	
携帯						FAX	
【傷病名】							
【検査目的】							
【既往歴】							
【症状の経過】							
【現在の処方】							
予 約 日	月 日 ( ) 時 分						
依 頼 内 容	CT	撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部（縦郭・肺野） <input type="checkbox"/> 腹部（横隔膜～座骨結節） <input type="checkbox"/> 整形領域(部位 )		DXA	<input type="checkbox"/> DEXA法による骨塩定量	

※ **骨密度検査を希望**の場合、下記インプラントの確認をお願いします。（ありの場合のみ✓）

- 腰椎インプラントあり
- 右大腿骨インプラントあり
- 左大腿骨インプラントあり

※当院では腰椎・大腿骨の2か所での測定を行っております。インプラント使用状況により1か所での測定もしくは測定不可になる場合がございます。ご了承ください

送信先：角谷整形外科病院

**FAX : 073 (432) 6054**

< 予約受付時間 > 平日 9:00~17:00