

検査依頼票

診療情報提供書

ID		検査日時			
患者様氏名		年	月	日	時 分
生年月日	男・女	ご依頼医療機関			
		診療科	医師名		

() 骨密度測定 (腰椎 + 左股関節)

※測定部位に金属等ある場合は測定できません。
(股関節については金属のない方での測定になります)

() マンモグラフィー (MLO+CC)

※豊胸手術後の方は撮影できません。

() エコー

検査部位

() 腹部 () 乳腺 () 心臓
() その他 (部位詳細)

臨床診断

検査目的・検査指示