

骨密度検査予約表

検査日時	月	日	時	分～
------	---	---	---	----

【持参していただくもの】

診療情報提供書・保険証・診察券（当院受診歴がある方のみ）

【検査当日】

預かってきた書類を受付にお渡しください。

保険証等を確認後、係の者が検査にご案内いたします。

検査時間は約15分です。

検査後、結果の入った封書をお渡しいたしますので、紹介元にお渡しください。

会計を済ませていただいて、帰宅していただきます。

【周辺地図】



医療法人 康仁会

西の京病院

奈良市六条町102の1

電話番号（患者支援センター） 0742-35-2219

診療情報提供書（骨密度検査依頼書）

年 月 日

紹介先医療機関 西の京病院 放射線科 担当医 先生御侍史

紹介元医療機関

・患者氏名	
・生年月日	年 月 日
・傷病名	骨粗鬆症疑い
・紹介目的	骨密度検査(DEXA法)
いつもお世話になりありがとうございます。 上記について 腰椎 ・ 大腿骨近位部 の骨密度検査をお願いします。	
備考	・身長 cm 体重 kg