

# 骨密度検査依頼用紙 (FAX 送信用)

金沢医療センター  
地域医療連携室  
TEL076-262-4187  
FAX076-262-4188

## 紹介元医療機関

依頼元 医療機関名		医師名	
連絡先	TEL :		

検査 日時	年 月 日 曜日	14 : 00 ・ 15 : 00 ・ 16 : 00
----------	----------	-----------------------------

## 患者情報

ふりがな			
患者氏名			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 ( ) 才 男・女		
住所			
連絡先	TEL :		