

骨密度検査 診療情報提供書

予約日 年 月 日
時間 時 分

医療機関の所在地

和歌山県橋本市岸上18-1

及び名称

医療法人 南労会 紀和病院

電話番号

検査専用電話・FAX番号

医師 氏名

0736-33-5056

【患者】

フリガナ

氏名 様

大・昭・平・令 年 月 日 生 (満 歳)

【検査目的】

骨粗鬆症の有無

* 検査結果は後日郵送させていただきます

結果FAX 要

