

骨密度依頼票兼照射録

患者氏名 _____ 体重 _____ k g
生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳) _____ 男 . _____ 女
検査日 _____ 年 月 日 時間 _____ 時 分～
病院名 _____ 医師名 _____

検査部位 (チェックをお願いします)

	部 位			
骨 密 度	<input type="checkbox"/> 腰椎・股関節セット	<input type="checkbox"/> 腰椎のみ	<input type="checkbox"/> 股関節のみ	