

年 月 日

## 骨密度検査依頼書

紹介元医療機関名：

---

氏 名： 様

---

下記時間内に総合受付の窓口までご来院いただき、この用紙とかかりつけ医からの診療情報提供書、医療保険証を受け付けにお渡しください。

受付時間：月～土 8:30～10:30 月・水・金 14:30～16:30

日、祝は除く

検査終了後、検査結果をご本人様へお渡ししますので、紹介元医療機関の次回受診日に提出してください。

※検査結果は、外来の混雑状況により紹介元医療機関に後日郵送する場合があります。



〒583-0875  
大阪府羽曳野市檜山 100-1  
代表 TEL 072-953-1001