



F A X送信先 東小金井さくらクリニック 042-382-3031 (表紙は不要)

## 紹介状 (骨密度測定予約票)

貴医療機関名						
担当医師						
TEL :	FAX :					
申し込み日 :	年	月	日			
予約日 :	年	月	日 ( 曜日)	午前・午後	時	分
検査結果は当日「紙」でお渡しとなります。 CD-Rによる報告を希望の方は、右記□に✓をお願いします。 <b>CD-Rを希望する。</b> □						

当院ID :	※お持ちでない場合は不要			
患者氏名	個人情報につき一部伏字とする。	生年月日	大・昭・平 年 月 日	男・女
特記事項	<input type="checkbox"/> 腰または股関節に金属が入っている。 <input type="checkbox"/> 一定時間 (5 分間) の静止が困難である。 <input type="checkbox"/> その他			
備考				

- ※ ご記入後、本状をFAX願います。当日は持参不要となります。
- ※ 当日、飲食の制限はございません。
- ※ 予約時間の10分前にご来院ください。

〒184-0011  
東京都小金井市東町 4-37-26  
東小金井さくらクリニック  
TEL : 042-382-3888  
FAX : 042-382-3031