

# 共同利用 骨密度 撮影依頼表

指示医	施設名
-----	-----

ID : @PATIENTID 氏名 : @PATIENTNAME 様 検査日時 :

骨密度検査	<input type="checkbox"/>	腰椎 + 大腿骨
	<input type="checkbox"/>	腰椎のみ
	<input type="checkbox"/>	大腿骨のみ
備考		

独立行政法人 国立病院機構 愛媛医療センター

共同利用専用 2025年7月作成