



岩田整形
クリニック

専用回線 TEL.0467-40-5126 FAX.0467-40-5127 鎌倉市大船1-12-17 リオンビル1F2F

【骨密度 (DXA) を受ける方へ】

検査予定日 H. _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

時間 _____ : _____ 2F受付にお越し下さい。

氏名 : _____ 様

生年月日 : S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査部位 : _____

◎検査当日までの注意

- ・ 検査当日は2F受付に保険証と紹介状を持ってお越し下さい。所要時間は約15分です。

専用電話番号 0467-40-5126