骨密度測定検査申込書 / 予約票

〒939-8281 （依頼元医療機関）

富山県富山市今泉北部町２番地１ 住所

富山市立富山市民病院 名称

地域医療連携室　宛 主治医名

TEL 076-422-1114 TEL

FAX 076-422-1154 FAX

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 |
| 患者様氏名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日生　（　　　歳） |
| 検査日時 | 年　　　月　　　日（　　）　　　　時　　　分 |
| チェックリスト | １，妊娠の可能性　　　　　　□ある　　□ない２，安静の確保　　　　　　□出来る　□出来ない３，体内金属　【腰椎】□ある　　□ない　　　　　　　　　【大腿骨】□ある　　□ない（ 左・右 ）４，身長・体重 cm　・ kg |
| CD-R出力希望 | 有 ・ 無　 ※希望される場合は、別途料金（110円）が発生します |

**※上記太枠部分をご記入ください**

【検査当日の注意事項】

・検査日の二週間以内に、バリウム検査・核医学検査を受けられた方は検査できません。

・「骨密度測定検査申込書/予約票」をご持参いただき、予約時間の１０分前までに、**レントゲン受付**

へお越しください。

・検査終了後、「骨密度測定検査申込書/予約票（写し）」と「骨密度測定結果」を患者様にお渡しいた

します。

・検査時間は約１５分、その後「骨密度測定結果」をお渡しするまで更に１５分ほどかかります。

・その他、ご不明な点につきましては、お気軽にお問い合わせください。

検査日時　　　　　　　年　　月　　日（　）　　時　　分

検査実施部位　　□　腰椎・大腿骨（　左 ・ 右　）

□　腰椎のみ

□　大腿骨（　左 ・ 右　）のみ

※当院記載欄

富山市立富山市民病院　地域医療連携室

TEL 076-422-1114

FAX 076-422-1154