

# 骨密度測定検査申込書 / 予約票

〒939-8281  
 富山県富山市今泉北部町2番地1  
 富山市立富山市民病院  
 地域医療連携室 宛  
 TEL 076-422-1114  
 FAX 076-422-1154

(依頼元医療機関)  
 住 所  
 名 称  
 主治医名  
 TEL  
 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	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
	2, 安静の確保	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 出来ない	
	3, 体内金属	【腰椎】 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
		【大腿骨】 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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 (100 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。

※当院記載欄

<u>検査日時</u>	_____年	_____月	_____日 ( )	_____時	_____分
<u>検査実施部位</u>	<input type="checkbox"/> 腰椎・大腿骨 ( 左 ・ 右 ) <input type="checkbox"/> 腰椎のみ <input type="checkbox"/> 大腿骨 ( 左 ・ 右 ) のみ				

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