

骨密度(DXA法)検査申込用紙【委託検査】

広島赤十字・原爆病院 地域医療連携課 行
〒730-8619 広島市中区千田町1丁目9番6号
TEL 082-241-3111(内線:3211)

年 月 日

FAX 082-504-7576

※FAX受信後、30分以内に紹介元医療機関
様へ検査予約票を返信をいたします。
患者様へお渡しください。

※16:30以降受信のFAXは次の日の受付になる
場合があります。

紹介元医療機関 名 称	
所 在 地	
電話番号	

フリガナ					
氏名	男	生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成	年 月 日	
	女				
現住所	〒(-)				
連絡先	①自宅・職場・携帯	()	—		
	②自宅・職場・携帯	()	—		
受診科	放射線診断科	第1希望	月 日	第2希望	月 日
確認項目	●身長 (cm) 体重 (kg) ●腰椎・大腿骨・前腕骨への金属インプラント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ●妊娠中若しくは妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ●バリウム検査・造影剤検査・アイソトープ検査 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1週間程度期間をあける必要があります。) (年 月 日)				
注意事項	※仰向けに寝ることができない場合は検査が受けられません。 ※診療報酬の算定は、検査の種類に関わらず4か月に1回に限ります。 【骨密度(腰椎+大腿骨近位)・・・4,500円(税込)】 ※検査は「委託検査」となりますので、事前に当院との委託契約が必要です。				
検査日 当日	当日患者様は1階①番の紹介専用受付に「検査予約票」をご持参ください 【来院手段】 独歩可 杖歩行 歩行器 車いす				

広島赤十字・原爆病院 記入欄	チェック	確認者	受診日	患者連絡	病院連絡
				/	