

柏崎総合医療センター		骨密度		共同利用申込書 兼 診療情報提供書	
医療機関名			医師名		
予約日時	年 月 日		曜日	:	
フリガナ			生年月日	年 月 日	
患者氏名			検査時年齢	歳	
性別	男性 女性		身長・体重	cm	. Kg
住所	〒 -				
電話番号			当院受診歴	有り・なし	
保険証 および 公費等医療証 をご提供いただく場合、保険情報の記入は不要です					
保険証記号・番号			医療証負担者番号		
保険者番号			医療証受給者番号		
被保険者区分	本人 家族		負担割合	割	
骨密度		骨密度		骨密度	
臨床診断			必ずご記入ください		
検査目的					

撮影部位

腰椎 + 大腿骨

☐ 1: みぎ

☐ 2: ひだり

注意事項

妊娠可能性

有り・なし

当院記入欄

※紹介元のご施設様へのお願い

患者様用

患者様へお渡しいただきますようお願い申し上げます。

検査当日のご案内・注意事項【患者様用】

患者氏名

様

予定日時

年

月

日

曜

日

:

当日は予定時刻の **15分前** までに当院 1 階 **放射線受付** へお越してください。
混雑状況によって、検査開始が前後したり、順番を変更したりする場合がございます。

●予定されている検査

☒ 骨密度

●来院時の持ち物

☒ すべての方

1) 保険証

2) 当院診察券（お持ちの方のみ）

3) 紹介書類一式

●当日の食事、飲水

☒ 食事、飲水の制限はありません。

●飲み薬

☒ 飲み薬はいつものように服用してください。

都合が悪くなった場合は紹介元ご施設様へご連絡ください。

検査に関するご質問等は当院までご連絡ください。

柏崎総合医療センター 代表) 0257 - 23 - 2165