

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
患者様へお渡しいただきますようお願い申し上げます。

患者様用

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 _____ :

当日は再来受付機にて受付後、予約時刻 **15分前** までに当院 **放射線受付** へお越しください。
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