

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 _____ :

受診当日は 1階 新患（①初診）窓口にお越してください。

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