

地域医療連携室・患者支援室 骨密度 検査申込書

くしもと町立病院

放射線 科

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_

住 所 :

T E L :

F A X :

医師名 :

フリガナ		性別	旧姓	身長	体重
氏 名		男・女		※ cm	※ kg
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)				
住 所	〒 ー				
電 話	( ) ー (携帯)				
傷 病 名					
紹介目的					

※ 骨密度測定検査には「身長・体重」データが必須となりますので、漏れなくご記入下さい。

●依頼内容 検査依頼 (第一希望日 月 日、第二希望日 月 日)

地域医療連携室では、ご予約依頼の患者様のみの対応となっております。

※ 緊急時は、当院の患者様を優先させていただく場合がございますので、ご理解の程よろしくお願いいたします。

【検査申し込み】

腰椎 腰椎+大腿骨

◎ 体内金属の有無 ※ 必ずご記入ください。 有 (腰椎・右大腿骨・左大腿骨)

無

◎ 仰臥位で5分静止出来ない場合は、検査出来ません。

【測定データの提供方法】

検査結果を出力した用紙をご依頼いただいた主治医先生に郵送いたします。

●保険情報 ※ 保険証の写しをFAXしていただければ、記入は不要です。

保 険 者 番 号		記 号	
		番 号	
資 格 取 得 日	年 月 日	有効期限	年 月 日
被 保 険 者	本人・家族	負担割合	割
公費医療負担者番号			
受 給 者 番 号			
有 効 期 限	年 月 日	負担割合	割

くしもと町立病院の診察券の有無 有の場合 ID 番号 ( )

和歌山県東牟婁郡串本町サンゴ台 691-7

くしもと町立病院 地域医療連携室・患者支援室 FAX 0735-62-5588 TEL 0735-62-7878