

骨密度検査 検査依頼書

ID _____

※下の枠内に必要事項の記入をお願いします。

《放射線科控》

紹介医療機関情報		依頼日	年	月	日
名称					
TEL		依頼医師名			
紹介患者情報		貴施設ID			
氏名(フリガナ)		生年月日	年	月	日
氏名(漢字)		性別	男・女		
住所		TEL			
検査予約日時	年	月	日	時	分
撮影部位	腰椎・左股関節				
チェックリスト					
妊娠	(<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り)				
体内金属	(<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り→《 腰椎・左股関節・右股関節 》)				

注意事項

※腰椎に金属が入ってる場合は計測できません。

※左股関節に金属が入っている場合は右股関節での撮影となります。

※両側股関節に金属がある場合は股関節の計測はできません。

※結果報告は紙ベースとなり、患者様に封書でお渡しします。

天理市立メディカルセンター

FAX 0743-63-1825

骨密度検査 予約票

ID _____

※下の枠内に必要事項の記入をお願いします。

《患者様控》

紹介医療機関情報	依頼日	年	月	日
名称				
TEL	依頼医師名			

紹介患者情報	貴施設ID			
氏名(フリガナ)	生年月日	年	月	日
氏名(漢字)	性別	男・女		
住所	連絡先			

検査予約日時	年	月	日	時	分
食事制限	なし				

* 普段の薬は服用してください。

● 検査を受けられる方へ

- * 検査時間の20分前までに病院受付にお越しください。
- * 受付にはこの用紙を提示してください。
- * 受付が終了しましたら、放射線科前にお越しください。
- * 検査の内容や状況によりお待ちいただく場合がございますが、ご了承ください。
- * キャンセルや変更等ございましたら、お早めにご連絡ください。