

検査依頼書（骨塩定量）

社会医療法人 寿人会 木村病院
入退院支援・地域連携部

FAX : 0778-51-0624

TEL : 0778-51-6171

申込日：西暦 年 月 日

紹介元

医療機関		医師氏名		Ⓔ
------	--	------	--	---

患者基本情報

ふりがな		性別	生年月日		
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦	年	月 日 (歳)
住所	〒 -				
TEL	- -				

※木村病院 記入欄（ご記入不要です）

木村病院 受診歴： <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> 不明	木村病院 ID：
---	----------

骨塩定量 依頼内容

検査予約日時	西暦	年	月	日	時	分
画像データ	<input type="checkbox"/> [検査当日] 患者さまへお渡し ・ <input type="checkbox"/> [後日] 貴院へ郵送					

チェックリスト

◎ 妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
◎ 体内金属	● 腰椎： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ● 大腿骨： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 右 ・ <input type="checkbox"/> 左)

連絡事項

症状経過・検査結果
連絡事項

検査のご案内（骨塩定量）

社会医療法人 寿人会 木村病院

▼検査日時

西暦 年 月 日 時 分

* 検査当日は、検査時間の10分前までに受付をお済ませください。

▼ご持参いただくもの

検査のご案内・検査依頼書

* 受付時に、ご提出ください。

検査について

- ・ 骨塩定量検査（骨密度検査）は、X線で骨のカルシウムの量を図る検査です。
- ・ 検査時間は5～10分ほどになります。
- ・ 検査中は体を動かさないでください。

ご注意

- ・ 当日は着替えていただく場合もございますので、着替えやすい服装でご来院ください。
- ・ 股関節や脊椎の手術を受けている方は、検査が出来ない場合があります。

* 予約変更等のお問合せにつきましては、下記までお願いいたします。

社会医療法人 寿人会 木村病院
入退院支援・地域連携部 **0778-51-6171**