

済生会神奈川県病院 骨密度検査申込書

※こちらの申込書はホームページより
ダウンロードしてもご利用いただけます

太枠内すべて記入し、FAX 送信下さいませお願いします。

本用紙は患者さんにお渡しいただき、予約日時に正面玄関「総合受付」にご提出いただきますようお願い下さい。

予約日時 月 日 15:00

↑電話でお申込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい

当院受診歴 無 有 不明

医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医院名

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
負担割合	割	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族
有効期限	年 月 日	有効期限	年 月 日

患者氏名	漢字表記	カナ表記
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	電話番号 自宅 その他連絡先
住所	〒	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性

病名・症状（主訴）

患者さんの状況を教えてください

- ・骨折の既往の有無 なし あり(部位: _____)
- ・体内金属の有無 なし あり(部位: 腰椎 股関節 その他[_____])
- ・ステロイド服用歴 なし あり(詳細 _____)
- ・バリウムを使用した検査を1週間以内に行っていますか？ はい いいえ

*当日は、コルセットおよび金属類は外して検査します。

骨密度検査のながれ

ご予約可能日時

毎週 火・金曜日

予約時間: 15:00

受付場所: 正面玄関側「総合受付」

まずは地域医療福祉センターまでお電話ください。
検査の予約日時をその場で決定いたします。

TEL 045-432-1111
内線 2407
(受付時間 9:00~16:00 土日祝休)



申込書(ホームページからダウンロードしてもご利用になれます)に
必要事項を記入し、FAX送信をお願いします。

FAX 045-432-1118



FAXいただいた用紙を患者さんにお渡しになり、
当日14:45に正面玄関側 総合受付 へお持ちいただくようご案内ください。
(封筒の表書きに「骨密度検査」と記載いただきますと受付がスムーズです)



カルテを作成後検査を行います。所要時間は約20分です。
検査終了後、会計を済ませて帰宅になります。
検査結果は翌平日に貴院あてに発送いたします。