

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 送信下さいますようお願いいたします。

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

医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医院名

当院受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明

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	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> 年 <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> 月 <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> 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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: _____)						
・体内金属の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他[_____])						
・ステロイド服用歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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（祝日を除く）

予約時間 15:00

まずは患者サポートセンターまでお電話下さい。
検査の予約日時をその場で決定致します。

TEL

045-432-1111

（受付時間 9:00～18:00 土・日・祝日を除く）



申込書に必要事項をご記入頂き、FAX送信をお願い致します。
（申込書は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。）

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14:30に西館1階 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」と記載頂きますと受付がスムーズです）



患者様へお伝えください

当日14:30に西館1階 総合受付へお越しください。

カルテを作成後検査を行います。

所要時間は約20分です。