

# 骨密度(DXA法)検査申込用紙【委託検査】

広島赤十字・原爆病院 地域医療連携課 行  
〒730-8619 広島市中区千田町1丁目9番6号  
TEL 082-241-3111(内線:3211)

年 月 日

**FAX 082-504-7576**

※FAX受信後、30分以内に紹介元医療機関  
様へ検査予約票を返信をいたします。  
患者様へお渡しください。

※16:30以降受信のFAXは次の日の受付になる  
場合があります。

紹介元医療機関 名 称	
所 在 地	
電 話 番 号	

フリガナ					
氏名	男	生	明	治	年 月 日
	女	年	大	正	
		月	正	和	
		日	昭	平	
			和	成	
現住所	〒(      -      )				
連絡先	①自宅・職場・携帯	(      )	—		
	②自宅・職場・携帯	(      )	—		
受診科	放射線診断科	第1希望	月	日	第2希望
					月 日
確認項目	<p>●身長 (      cm)      体重 (      kg)</p> <p>●腰椎・大腿骨・前腕骨への金属インプラント      <input type="checkbox"/> 無      <input type="checkbox"/> 有 (      )</p> <p>●妊娠中若しくは妊娠の可能性      <input type="checkbox"/> 無      <input type="checkbox"/> 有 (      )</p> <p>●バリウム検査・造影剤検査・アイソトープ検査      <input type="checkbox"/> 無      <input type="checkbox"/> 有 (1週間程度期間をあける必要があります。)</p> <p style="text-align: right;">(      年      月      日)</p>				
注意事項	<p>※仰向けに寝ることができない場合は検査が受けられません。</p> <p>※診療報酬の算定は、検査の種類に関わらず4か月に1回に限ります。 【骨密度(腰椎+大腿骨近位)・・・4,500円(非課税)】</p> <p>※検査は「委託検査」となりますので、事前に当院との委託契約が必要です。</p>				
検査日 当日	<p>当日患者様は1階①番の紹介専用受付に「検査予約票」をご持参ください</p> <p>【来院手段】      独歩可      杖歩行      歩行器      車いす</p>				

広島赤十字・原爆病院 記入欄	チェック	確認者	受診日	患者連絡	病院連絡
				/	