

紹介状・診療情報提供書（骨密度 DEXA 法 予約申込書）

FAX 082-879-1146

広島共立病院 地域医療連室行き

紹介元 医療機関名

医師氏名

(電話番号)

(FAX)

フリガナ				住所
氏名	様(男・女)			
生年月日	M・T S・H・R	年 月 日(満 歳)	電話番号	() —
広島共立病院受診歴 有 ・ 無				
希望日	第一希望	月 日 ()	(AM ・ PM)	
	第二希望	月 日 ()	(AM ・ PM)	
確認項目	<ul style="list-style-type: none"> ● 身長 (c m) 体重 (k g) ● 腰椎・大腿骨・前腕骨への金属インプラント 無 有 () ● 妊娠中もしくは妊娠の可能性 無 有 () ● バリウム検査・造影剤検査・アイソトープ検査 無 有 () <p>(1週間程度期間を開ける必要があります) (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>*5分程度 安静にしておく必要があります</p> <p>*腰や大腿周辺にたくさん金属やボタンがある服装は適しません</p> <p>*診療報酬の算定は、検査の種類に関わらず4ヶ月に1回に限ります</p> <p style="text-align: center;">【骨密度(腰椎+大腿骨近位)・・・4,500円(税込)】</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>			
当日検査日	当日患者様は1階4番の紹介受付に「検査予約票」をご持参ください			

① 保 険	保険者番号																	資格取得		
	記号											本人	② 公 費							有限期限
	番号											家族	③ 公 費							資格取得
	資格取得											有限期限								有限期限
	被保険者											勤務先	高齢者負担割合	1割	2割	3割				