

【送信先】 FAX 075 - 275 - 7431

国立病院機構 宇多野病院 地域医療連携室 (受付時間 平日 8:30~17:00)

【紹介元】		申込日	西暦 年 月 日
貴医院名		診療科	
		医師名	
住所	〒 ()		
	電話番号 FAX		

【受診者情報】

※妊娠または妊娠の可能性のある女性は検査を受けることができません

ふりがな		性別	生年月日	
患者氏名		男 ・ 女	西暦 年 月 日 (歳)	
住所	〒 () 日中連絡が取れる電話番号:			
主訴又は病名		既往歴		
目的・症状等				
宇多野病院 受診歴	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明	着替え・乗降時の介助	☐ 不要 ☐ 必要→特記事項 ()	
※保険番号	保険者番号		※公費負担番号	
	記号・番号		受給者番号	
	本人家族の別	本人 ・ 家族	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割

※保険証(写)をFAXしていただいた場合、記入は不要です

【検査申込書】

検査希望日時	____月 ____日 () 希望時間(もしあれば記載して下さい) 希望時間がなければ適宜調整して連絡します
検査内容	☐ 骨密度検査(腰椎+股関節) 検査時間:約10分 ☐ 骨密度検査(腰椎のみ) 検査時間:約5分 【測定方法】 ・ 腰椎 (L1~L4) および左股関節を標準測定部位とします。 ・ 左股関節に人工関節がある場合は、右股関節を測定します。 ・ 両側股関節に人工関節等がある場合は、股関節測定は実施できません。 ・ 腰椎はL1~L4を解析対象とし、圧迫骨折、術後、著明な変形等により解析が適切でない椎体は除外して評価します。
検査結果	※検査結果はCD-R(貴院用)の郵送及び用紙(患者用)の手渡しにて提供致します。