

済生会横浜市東部病院

## 共同利用骨密度検査申込書

太枠内すべて記入し FAX 送信下さいますようお願いします。

本用紙は患者さんにお渡しいただき、予約日時に1階画像診断センター受付にご提出いただきますようお伝え下さい。

予約日時 月 日 :

↑電話でお申し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

ID

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

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; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span> 日															電話番号	自宅	
住所	〒			年齢	歳	性別												
保険区分	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 公費12 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> その他( )																	

## 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。 \*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。