

骨密度検査 (DXA法) 依頼書 (診療情報提供書)

ご予約から検査までの流れ

1. 電話予約・検査日時の決定

骨密度検査を予約される際は、まず常磐病院 地域医療連携課まで直接お電話下さい。
検査受診日と受付時間をご案内致します。

常磐病院 地域医療連携課 **0246-43-7399** 月～金曜日 8:30～16:30 (祝日を除く)

「氏名・生年月日・身長・体重・電話番号・注意事項・当院受診歴の有無」を教えてください。

2. 骨密度検査依頼書 (診療情報提供書) への記載と F A X

検査日が決まりましたら、骨密度検査依頼書 (診療情報提供書) に必要事項をご記入ください。
骨密度検査依頼書の用紙は 3 枚綴りになっております。

1 枚目 FAX 送信用紙 兼 紹介元控え → 当課へ FAX 送信してください。

FAX 0246-43-7000

2 枚目 当院宛の紹介状
3 枚目 患者様控え } → 患者様に当日お持ちいただけてください。

3. 検査受診

予約のお時間までに、1F 外来受付までお越しください。
お時間に余裕をもってお越し下さいますようお願い致します。

◇ 検査費用について i、保険診療の場合・・・3割負担で約 2000 円

検査にあたって

- 検査の妨げとなる場合、金属のついた衣類、貴金属などを外していただくことがあります。
- 検査は 15 分程度、仰向けの状態で行います。(仰向けが難しい場合は事前にご相談ください)
- お食事に関する制限はありません。
- 次のいずれかに該当する事項がある場合は、あらかじめお伝えください。
 - ・妊娠の可能性がある場合
 - ・検査前の 1 週間に胃・大腸の造影検査 (バリウム・ガストログラフィン) を行った場合
 - ・腰椎と両方の股関節に金属を入れる手術を受けたことがある場合
 - ・仰向けの状態での検査が難しい場合

4. 検査結果の郵送

検査結果は、紹介元施設様宛に郵送でお届け致します。(紙媒体レポート)
(電子データで結果をご希望の際は「CD-R 希望」の欄にチェックして下さい。)
患者様への結果の説明は紹介元様にてお願い致します。

※検査に対し御不明な点は、当院放射線課 (0246-43-7416) まで御連絡下さい。



笑顔とまごころ 信頼の絆

福島県いわき市常磐上湯長谷町上ノ台 57 番地

【地域医療連携課】 TEL : 0246-43-7399 FAX : 0246-43-7000

骨密度検査 (DXA法) 依頼票 (診療情報提供書)

20 年 月 日

公益財団法人ときわ会 常磐病院
担当医 殿

病院 / 医院 / クリニック

科 医師名

印

外来通院中 入院中

検査予定 (検査日時)	20 年 月 日 (曜日)	時 分	来院
ふりがな	生 年 月 日		
患者氏名	様 男・女	西暦	年 月 日
患者住所	〒 - 電話番号 (日中連絡の取れる所・携帯)		

<検査部位>

腰椎2方向 (正面・側面) + 股関節 (大腿骨頸部) (DXA法)

検査にあたり、下記の事項をご確認の上ご記入下さい。

身長 cm 体重 kg

・椎体、股関節に固定具や人工関節などはありませんか？

腰椎固定具 : 無 ・ 有 人工股関節 : 無 ・ 有 (L ・ R)

・大腿骨頸部の骨折既往はありませんか？ (ない ・ ある)

・仰臥位、側臥位での検査は可能ですか？ (20分程度) (可能 ・ 不可)

※人工関節などのインプラントのある部位は測定することができません。

※腰椎・両股関節のいずれにも金属留置がある場合や、臥位での検査が難しい場合は前腕骨での検査を行います。

・検査前の1週間に胃・大腸の造影検査 (バリウム・ガストログラフィン) を行っていませんか？ (いない ・ いる)

・ (女性の方) 妊娠の可能性はありませんか？ (ない ・ ある)

検査結果は、紹介元施設様宛に郵送でお届け致します。(紙媒体レポート)

患者様への結果の説明は紹介元様にてお願い致します。

※電子データで結果をご希望の際はを入れてください ⇒ CD-R希望

その他何か御座いましたらご記入ください。

【保険情報】 保険適用 自 費

被 保 険 者 証		後期高齢者受給者番証		公 費 負 担 医 療 受 給	
保険者番号		市町村番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号		受給者番号	
資格取得日		有効期間		有効期間	
被保険者との続柄		負担割合		重身番号	
負担割合					

骨密度検査 (DXA法) 依頼票 (診療情報提供書)

20 年 月 日

公益財団法人ときわ会 常磐病院
担当医 殿

病院 / 医院 / クリニック

科 医師名

印

外来通院中 入院中

検査予定 (検査日時)	20 年 月 日 (曜日)	時 分	来院
ふりがな		生 年 月 日	
患者氏名	様 男・女	西暦 年 月 日	
患者住所	〒 -	電話番号 (日中連絡の取れる所・携帯)	

<検査部位>

腰椎2方向 (正面・側面) + 股関節 (大腿骨頸部) (DXA法)

検査にあたり、下記の事項をご確認の上ご記入下さい。

身長 cm

体重 kg

・椎体、股関節に固定具や人工関節などはありませんか？

腰椎固定具 : 無 ・ 有 人工股関節 : 無 ・ 有 (L ・ R)

・大腿骨頸部の骨折既往はありませんか？ (ない ・ ある)

・仰臥位、側臥位での検査は可能ですか？ (20分程度) (可能 ・ 不可)

※人工関節などのインプラントのある部位は測定することができません。

※腰椎・両股関節のいずれにも金属留置がある場合や、臥位での検査が難しい場合は前腕骨での検査を行います。

・検査前の1週間に胃・大腸の造影検査 (バリウム・ガストログラフィン) を行っていませんか？ (いない ・ いる)

・ (女性の方) 妊娠の可能性はありませんか？ (ない ・ ある)

測定結果は紹介元施設様宛に紙媒体のレポートを郵送でお届けします。

患者様への結果の説明は紹介元様にてお願い致します。

※電子媒体での結果をご希望の際はを入れてください ⇒ CD-R希望

その他何か御座いましたらご記入ください。

--

【保険情報】 保険適用 自 費

被 保 険 者 証		後期高齢者受給者番証		公 費 負 担 医 療 受 給	
保険者番号		市町村番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号		受給者番号	
資格取得日		有効期間		有効期間	
被保険者との続柄		負担割合		重身番号	
負担割合					

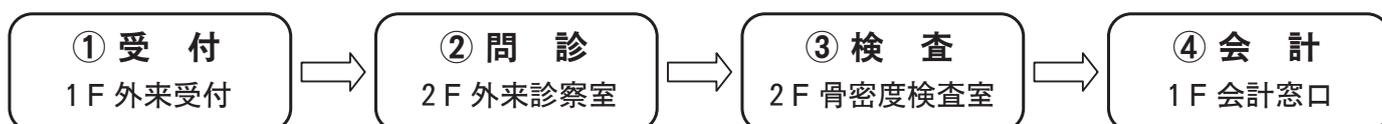
骨密度検査についてのご案内

受付・問診の時間がございますので、検査のお時間に余裕をもって1F 外来受付までお越し下さい。

ご予約日時 20 年 月 日 (曜日) 時 分 検査予約

お名前 様

検査当日の流れ



検査当日は上記のお時間に **1F 外来受付**までお越しください。

検査当日にご持参頂くもの

- 健康保険証並びに各種受給者証
- 骨密度検査依頼票（診療情報提供書）：本書
- 紹介元医療機関からの預かり文書
- 検査料金⇒ 保険適用の場合 約¥2,000

検査にあたって

- 検査の妨げとなる場合があるため、金属のついた衣類、貴金属などを外していただくことがあります。
- 検査は20分程度、ベッドに寝た状態で行います。
- お食事に関する制限はありません。
- 次のいずれかに該当する事項がある場合は、検査前にお伝えください。
 - ・ 妊娠の可能性がある場合
 - ・ 検査前の1週間に胃・大腸の造影検査（バリウム・ガストログラフィン）を行った場合
 - ・ 腰椎と両方の股関節に金属を入れる手術を受けたことがある場合
 - ・ 仰向けの状態での検査が難しい場合
- 検査結果は、紹介元の病院様宛にお届け致します。（患者様へのお渡しは行っておりません）
- 検査結果の説明は、後日 紹介元の病院様よりお受けください。



笑顔とまごころ 信頼の絆

常磐病院

福島県いわき市常磐上湯長谷町上ノ台 57 番地 TEL：0246-81-5522