

委託検査（二次性骨折予防を目的とした骨塩定量）予約申込書



〒090-8666
北見市北6条東2丁目1番地
北見赤十字病院 地域連携課 宛
FAX 0120-018-599
日本赤十字社 TEL 0120-018-299

〈受付時間〉 8:30～16:00
〈休診日〉 土日祝日、5月1日
12月29日～1月3日

[紹介元] 申込年月日 年 月 日
医療機関名
住 所
TEL
FAX
診療科
医師名
担当者名

太枠内を全て記入して FAX してください。

ふりがな	旧姓	性別	年齢	生 年 月 日
氏 名	()	男・女	才	大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒			
電話	電話 1 ()	—	電話 2 ()	—
緊急連絡先	氏名	ご関係	電話 ()	—
北見赤十字病院 患者番号	<input type="checkbox"/> あり (患者番号) <input type="checkbox"/> なし、不明 *旧姓や旧住所等を確認させていただくことがあります。			
状 態	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中（退院予定： 月 日）			
診察希望日	第1希望日 月 日 () <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 () 第2希望日 月 日 () <input type="checkbox"/> いつでも良い			
<input type="checkbox"/> 治療履歴	<input type="checkbox"/> 右大腿骨 <input type="checkbox"/> 左大腿骨 <input type="checkbox"/> 両大腿骨			
<input type="checkbox"/> 骨塩定量	*注意事項① ・腰椎と大腿骨で検査を行ないます。 ・大腿骨は骨折の対側で行ないます。 ・両大腿の骨折がある場合は腰椎のみとなります。 *注意事項② ・造影 CT や骨シンチ実施後3日以内に骨塩定量検査を行うと、正常に検査結果が出ない場合があります。			

- * 当院より紹介させていただいた患者様の二次性骨折予防を目的とした検査に限らせていただきます。
- * 請求書を毎月末締め、翌月初めに貴施設に当院医事課より送付いたしますので、指定口座へのお振込みをお願いします。
- * 骨塩定量はレセプトに〈画診共同〉と記載のうえ保険請求を行ってください。