

骨密度測定検査予約申込書

下伊那赤十字病院
地域医療連携室

【TEL】 0265-36-5566
【FAX】 0265-36-7210

申し込み年月日	令和 年 月 日	当院 ID	←(当院初診の方は不要)	
ふりがな				
患者氏名	(姓)	(名)	様	性別 男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 (歳)			
住所	〒			
電話番号	(自宅)	(携帯)		
依頼診療所・医師名	先生			
診療所 住所	〒	TEL		
		FAX		
備考 (患者様に関する留意事項等)				
通信欄	※ 検査日は平日(月～金)の午後 完全予約制とさせていただきます。			
	※ 検査予約希望の該当するところに レ点 をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> その他 (具体的にお書きください)			
	※ 検査実施日 月 日() 時 分			

☆ 骨密度測定検査の流れ ☆

予 約

- ① 当院専用の申込書にご記入のうえFAX(0265-36-7210)にてお申し込みください。
- ② 2日以内に、当院より患者様宛に検査日時をご連絡いたします。

検査当日

- ① 患者様には 検査予約時間の10分前までにご来院していただきます。
- ② 患者様の受付がすみましたら、レントゲン室にご案内させていただきます。

検査結果

- ① 検査報告書は、主治医の先生宛の封書にてご本人にお渡しさせていただきます。
- ② 患者様はお渡した結果報告書をかかりつけ主治医の先生にご持参ください。

検査費用

- ① 診療報酬につきましては、貴院にてレセプト請求をお願いいたします。
〈レセプト請求〉 D217 骨塩定量検査 360点+大腿骨同時撮影加算 90点 計 450点
- ② 検査料につきましては、2割引きにて 3,600円とさせていただきます 後日、貴院宛に請求書を郵送させていただきます。

※ ご不明な点等ございましたらお気軽にお問い合わせください。