

共同利用 骨密度検査申込書

年 月 日

Fax 0738-22-3147

送信先 独立行政法人 国立病院機構 和歌山病院 放射線科

【紹介元医療機関名】 医師名	Fax
	Tel

フリガナ 患者氏名 様	性別	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日(歳)
住所 〒 - Tel () -		

検査希望日 本日 ・ 月 日 () AM ・ PM

※ 祝日を除く 月曜日～金曜日 9:00～16:00まで

以下のチェックをお願いします

造影検査	(有・無)	1週間以内に造影検査を行っている (バリウムが残っていると検査が出来ません)	・食事制限はありません ・更衣をお願いする場合があります 検査部位(腰椎・股関節)です ・検査時間は約10分です
体位の維持	(可・不可)	5分程度仰向けで安静に寝てもらいます	
妊娠	(有・無)	微量ですがX線を使用します	
体内金属	(有・無)	具体的に記入をお願いします	

身長 cm 体重 kg

※ 検査についてのお問い合わせは、和歌山病院 放射線科までお願いします

独立行政法人 国立病院機構 和歌山病院
〒644-0044
和歌山県日高郡美浜町和田1138 TEL 0738-22-3256 FAX 0738-23-3104