

# FAX 専用 骨密度検査申込書 兼 予約票

セコメディック病院連携室行き 送信先 FAX047-457-9910

年 月 日

◎お電話にてご予約の上、本紙を診療情報提供書とともにご送信ください

貴院 施設名 \_\_\_\_\_ 病院・医院・クリニック

医師名 \_\_\_\_\_ 先生

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL 番号 \_\_\_\_\_

## 骨密度検査予約票

検査日時	月 日( ) 時 分
患者様のお名前	
受付場所	1階 外来受付 ②番(15分前までにお越しください)
持ち物	紹介状・骨密度検査予約票・保険証・診察券

【患者さまへ】

- ・検査着に着替えやすい服装でお越しください
- ・食事制限はありません
- ・検査全体は 10 分程度で終わります
- ・妊娠している方、妊娠の可能性のある方は検査できません
- ・下記に該当される方は、必ず検査前にお知らせください

①腰の手術、大腿骨に人工関節を置換している方

②ペースメーカー・骨のインプラント使用

③骨密度検査前 1 週間の間に X 線造影検査・胃バリウム検査・注腸検査を受けた方

※ご都合により予約の変更・キャンセルをご希望される場合は、早急に紹介元の医療機関様へご相談ください。医療機関様から連携室へご連絡いただくようお願いいたします。

お問い合わせ先

**SECOMEDIC**  
**セコメディック病院**

総合サポートセンター 連携室  
TEL 047-457-9900(代)  
0120-363-091(フリーダイヤル)