

骨塩定量(骨密度)検査依頼書 兼 診療情報提供書

太枠の中についてご記入ください

連絡先 JA新潟厚生連 小千谷総合病院
患者サポートセンター

申込日 20 年 月 日

検査日 20 年 月 日 時 分

TEL 0258-81-1616 (直通)

FAX 0258-81-1602 (直通)

依頼元
医療機関名依頼元
医師名

TEL

FAX

患者基本情報

フリガナ		被保険者 氏名	本人 ・ 家族			
氏名 (性別)	男 ・ 女	保険者番号				
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)	記号・番号 (枝番)				
住 所		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割			
電話番号 (自宅・携帯・職場)	- -	公費負担者 番号				
当院受診歴の有無	有 ID番号() 無・不明	受給者番号				
		保険適用外	交通事故・労災・生活保護・その他()			

診療情報

病名・臨床経過・検査目的等

検査依頼内容 (注) 人工物が入っている部位は測定ができません

検査部位	<input type="checkbox"/> 腰椎
※ □に✓ をご記入く ださい	<input type="checkbox"/> 大腿骨  <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両
	<input type="checkbox"/> 大腿骨+腰椎  <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両
	<input type="checkbox"/> 前腕  <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両
お届け方法	<input type="checkbox"/> 当日、患者様にお渡し <input type="checkbox"/> 後日、郵送

- ・本状はFAX送信後、患者様にお渡しいただき検査当日持参いただくようご案内願います
- ・依頼元で控が必要な場合、複写をお願いいたします

検査費用の取り扱いについて

検査の提供のみで医師の診察・判読はおこないませんので患者様の当院での会計はございません。
ご依頼元の医療機関様へ当院から検査費用(診療報酬点数の10割)の請求をいたします。
ご依頼元医療機関様は自医療機関が実施したものと様にお取り扱いください。

検査料金 (診療報酬点数10割)	・大腿骨+腰椎 ・腰椎のみ	4500円 3600円	・大腿骨のみ ・前腕のみ	1400円 1400円
---------------------	------------------	----------------	-----------------	----------------