**DEXA検査依頼・診療情報提供書（ＦＡＸ用）**

**ＦＡＸ送信先：048-882-2887**

依頼施設名：　　　　　　　　　　　　　依頼年月日：　　　　　年　　　月　　　日

依頼医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

ＦＡＸ

**検査日：　　　　月　　　　日　　午前・午後　　　　　時　　　　分　頃**

（お伝えした日時をご記入下さい）

|  |
| --- |
| **依頼検査名：　骨塩定量検査（DEXA法）** |
| **患者基本情報****：　　　　　　　　　　　　　様　　　　性別：　男　・　女****電話番号：**　　　　　　　　　　　　　　　**（本人・家族）****生年月日：M・T・S・H・R 　　　　年 　　　　月 　　　　日　　年齢：　　　歳****患者自立度：　自立歩行可能　　手引き歩行可能　　車椅子　　ストレッチャー****貴施設での外来・入院の別　　外来　　　入院（病床の種別：　　　　　　　　　　　）****臨床診断名）****検査目的/臨床経過**（撮影条件などのご希望もこちらにご記入ください）**身長：　　　　　　　　　体重：****仰臥位の保持****□可能　　　　　　　　□　不可能** |

医療法人　博仁会　共済病院　TEL 048-882-2867

**患者予約票（検査をお受けになる患者様へ）**

**依頼年月日　令和　　　年　　　月　　　日**

**注意）予約時間の1時間前にはご来院ください。**

**令和　　　年　　　月　　　日　　午前・午後　　　　時　　　分　頃**

**検査当日にお持ちいただくもの**

　　　　　□健康保険証、各種公費医療受給者証

　　　　　□検査依頼・診療情報提供書（原本）

　　　　　□検査予約票

　　　　　□（お持ちの方のみ）当院診察券

　　　　　□おくすり手帳

　　　　***骨塩定量検査（骨の強さの）検査を受けられる方へ***

　　　　　検査時間はおよそ10～15分です。

　　　　　仰向けで寝て頂くだけで、終わる検査です。

⇒2枚目へ続く

検査の日時について、ご都合が悪くなった場合、当院までご連絡ください。

連絡先：医療法人　博仁会　共済病院　048-882-2867

**交通アクセス**



**お車をご利用の場合**

●産業道路

原山交差点から国道（463号線）を

越谷方面に入り、ドン・キホーテを

過ぎて左側

●第二産業道路

大宮方面から不動谷交差点を右折し、

花月交差点を右折して約50メートル右側

**バス（国際興行バス）をご利用の場合**

**浦和駅（東口）発**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 乗り場 | 行き先 | 下車 |
| 浦和駅東口①番バス乗り場※①番バス停乗り場からのバスは全て当院前で止まります。※7番目のバス停で下車 | 東川口駅 | 原山三丁目共済病院前 |
| 東浦和駅 |
| 浦和美園駅 |

**その他発**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 乗り場 | 行き先 | 下車 |
| 東浦和駅④番 | 浦和駅東口 | 原山三丁目共済病院前 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 乗り場 | 行き先 | 下車 |
| さいたま営業所 | 浦和駅東口 | 道祖土入口（さいど入口）下車徒歩3分 |
| 市立病院・南台 |
| 浦和美園駅（バイパス経由） |

検査の日時について、ご都合が悪くなった場合、当院までご連絡ください。

連絡先：医療法人　博仁会　共済病院　048-882-2867