

骨密度検査を受けられる患者の皆様へ

お名前 _____ 様

患者ID _____ 生年月日 M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

あなたの検査予約日時は、 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分です。

検査場所 桃泉園北本病院 放射線科

●検査受診の方法

1. 予約時間に遅れないように、北本病院受付窓口へお越してください。
2. 北本病院の受付窓口に、次のものを提出してください。
 - ・検査を受けられる患者の皆様へ（…この用紙です。）

●検査の注意事項

1. 絶食などの食事制限はありません。
2. 服用中のお薬は、医師の指示がない限り普段どおり飲んでください。
3. 次のような方は必ず事前に紹介元の医師にお知らせください。
 - ・体内に金属がある方。
 - ・妊娠中もしくは妊娠している可能性のある方。

- 検査終了後に画像データ CD をお渡しします。しばらくお待ちください。
紹介元の医院へお渡しください。

- 北本病院での会計は必要ありません。

- 諸事情により予約変更を希望される場合は、地域連携課（下記）までご連絡ください。

問い合わせ先

桃泉園北本病院 電話 048-543-1011

地域連携課