

骨塩定量検査を受けられる方へ

I D:
名前: 様

検査予約日時

年	月	日	曜日	時	分
---	---	---	----	---	---

分です。

☆検査30分前までに、1階⑫番の初診受付に保険証と紹介状を提出してください。

- ・この検査では飲食の制限はありません。
- ・予約の15分前までに二階診療放射線科にこの用紙と診察券を提出してください。
- ・予約であっても緊急検査のため予約時間に変更になることがありますのでご了承ください。
- ・検査時間は概ね15分程度です。
- ・安全に検査を行うために技師の指示に従ってください。
- ・撮影範囲内に金属性の物がある場合、取り外しや着替えをしていただくことがあります。
できるだけ着替えやすい服装でお越しください。
- ・検査中は体を動かさないでください。補助具で身体を固定させて頂くこともあります。

○予約日時に都合が悪くなった時にご連絡ください。

○以下に当てはまる方はお申し出ください。

- ・ペースメーカー・ICD(埋込型除細動器)をご使用の方
- ・妊娠、またはその可能性のある方
- ・インスリンポンプ、持続血糖値測定器などを装着している方

大和市立病院:Tel 046-260-0111