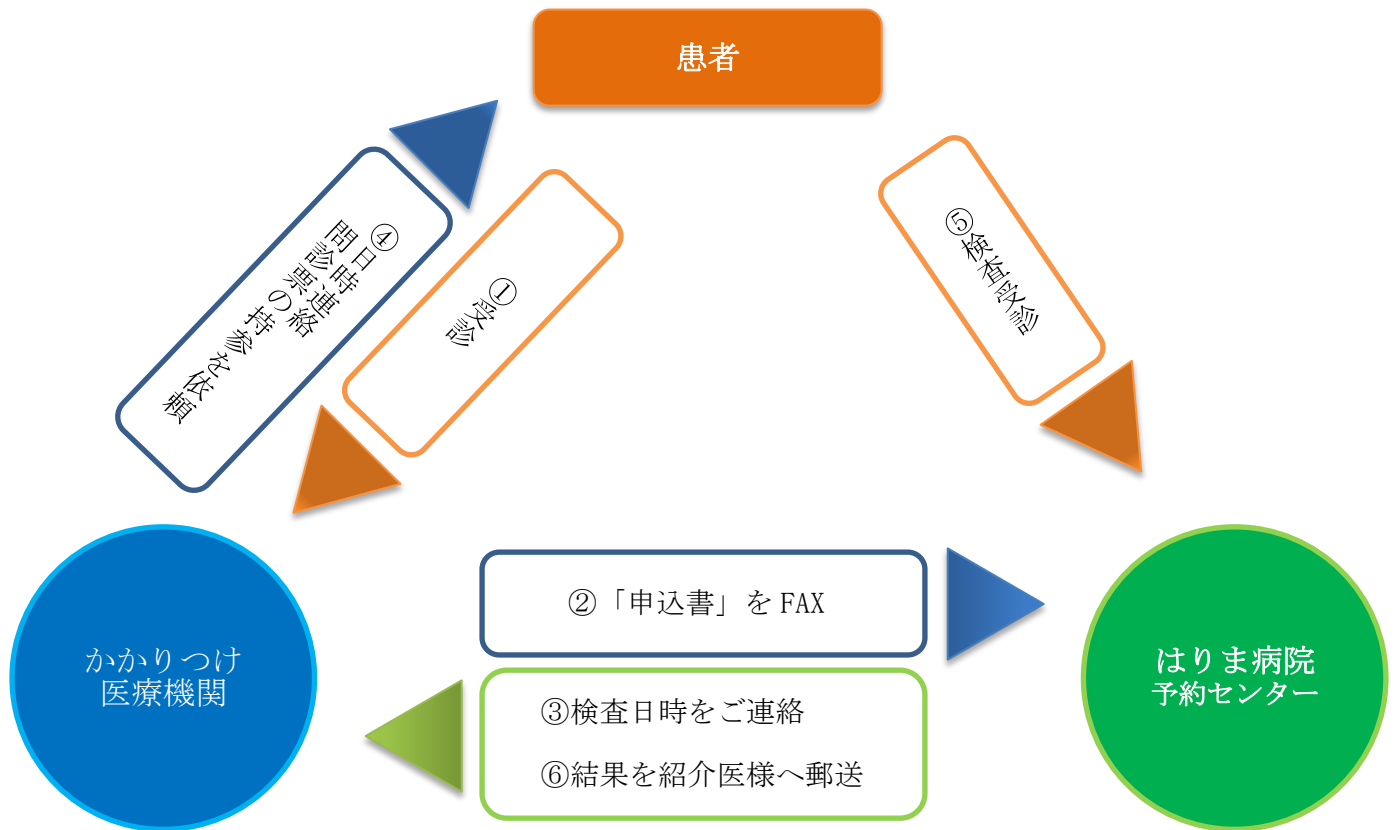
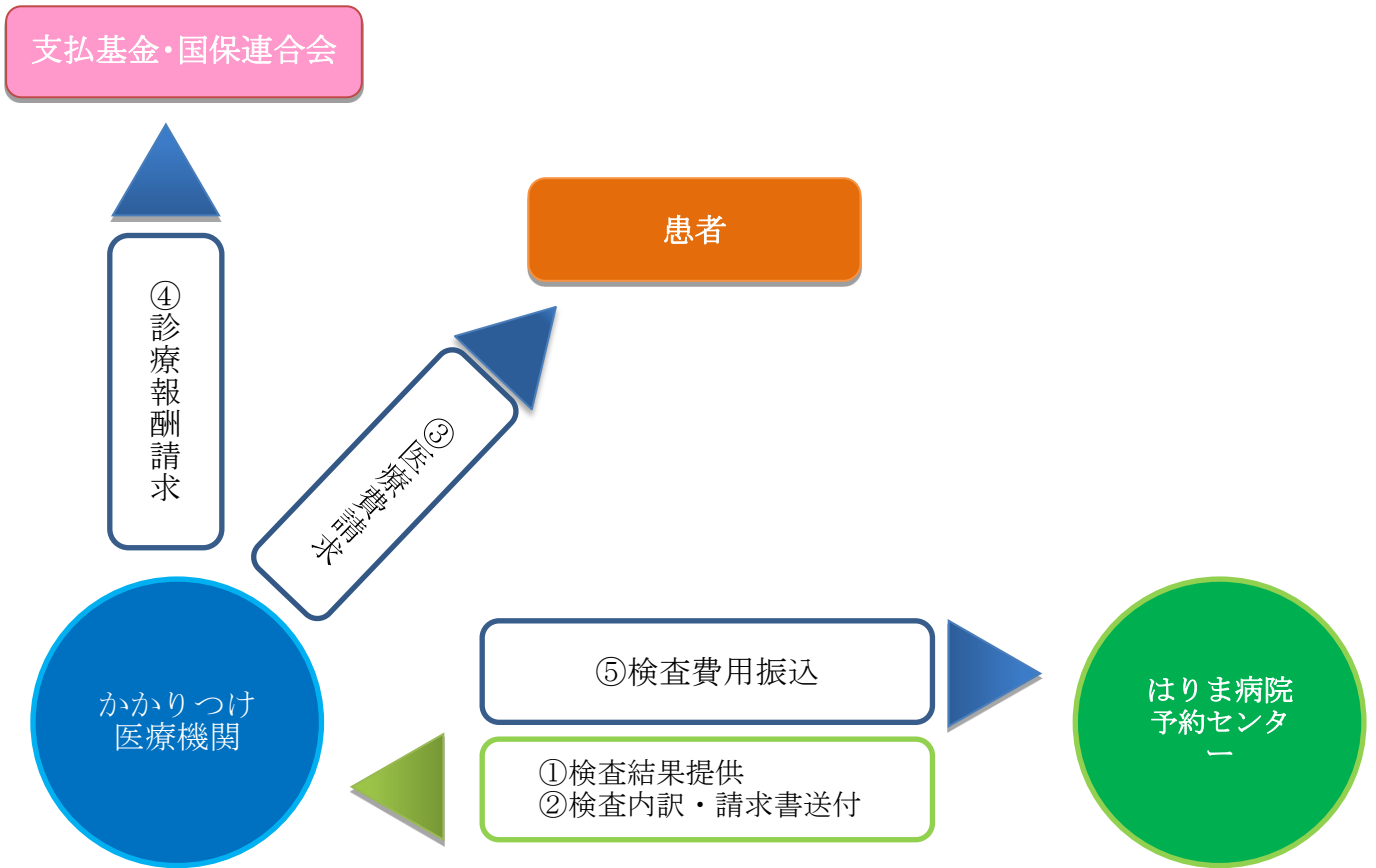


骨密度測定装置共同利用の流れ



1. 患者さまが貴院受診。
2. 紹介医さまより当予約センターに「DEXA(骨密度)検査申込書」(別紙①)を送信して下さい。
3. 検査日時を返信いたします。(※30分程度で返信いたします。)
4. 紹介医さまより、「骨密度検査問診票」(別紙②)に必要事項をご記入のうえ患者様にお渡しください。
※申し込書 及び 問診票はコピーしてお使い下さい。
5. 患者さまが当院に検査受診。(検査所要時間15分程度です。)
6. 結果は原則、紹介医さまに郵送いたします。

ご請求の流れ



1. 【検査結果提供】

検査結果は紹介医さまへ郵送いたします。紹介医さまから患者さまへ検査結果をご報告ください。

2. 【検査内訳・請求書送付】

検査内容を内訳書（請求書）に記載し紹介医さまへ送付いたします。

3. 【医療費請求】

2の検査内訳により患者さまへ自己負担金の請求を行っていただきます。

4. 【診療報酬】

支払基金・国保連合会へ診療報酬請求を行っていただきます。その際、レセプトには「画診共同」と必ずご記入願います。

5. 【検査費用振込】

検査費用をお振り込みいただきます。月末締で、翌月に請求させていただきます。料金は診療報酬点数に基づき、4,500円（非課税）です。

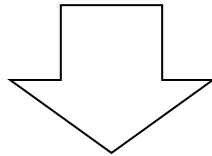
(DEXA 骨密度測定検査 360点、および 2部位測定加算 90点の計 450点です。)

※ 検査の患者負担は1割の方で450円、3割の方で1,350円です。

DEXA(骨密度)検査申込書 (別紙①)

令和 年 月 日

はりま病院 予約センター行き		
ご紹介元 医療機関様		FAX _____
医師名		TEL _____
フリガナ		男・女
紹介患者様氏名		明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
患者様 連絡先	TEL _____	
検査希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望 (令和 年 月 日)	① 13時～15時
	<input type="checkbox"/> 第2希望 (令和 年 月 日)	② 15時～17時
	<input type="checkbox"/> 希望日なし	



はりま病院 予約センター

FAX 078-942-5815

TEL 078-942-5489

先生御侍史

平素は大変お世話になっております。

上記患者様のご予約をお取りしましたので、ご報告いたします。

令和 年 月 日 時 分

以上、よろしくお願いいたします。

はりま病院 予約センター

骨密度検査問診票 (別紙②)

M T S H

患者様氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

★骨密度検査前の問診です。該当事項に○をつけて下さい。

1、今まで骨折をしたことがありますか？ ある ・ なし

1の問いで“ある”と答えられた方のみご回答ください。

①骨折した場所はどこですか？

腰椎 (第 _____ 腰椎)

股関節・大腿骨頸部 (右 ・ 左)

手関節 (手首) (右 ・ 左)

その他 (_____)

②手術を受け現在金属が入っていますか？ ある ・ なし

2、現在、骨粗鬆症の治療をされていますか？ している ・ していない

(お薬名： _____)

★ 問診は以上で終了です。

※ この用紙は検査当日、はりま病院受付にお渡してください。