

マンモグラフィー検査・骨密度検査 予約票

氏 名： _____ 様

検査名称および検査部位：

依頼医療機関名

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| ☐ 骨密度測定 | ☐ 腰椎 + (☐ 右・ ☐ 左) 股関節 | ☐ 腰椎 |
| | ☐ (☐ 右・ ☐ 左) 股関節 | ☐ (☐ 右・ ☐ 左) 前腕骨 |
| ☐ マンモグラフィー | ☐ (☐ 右・ ☐ 左・ ☐ 両) MLO | |
| | ☐ (☐ 右・ ☐ 左・ ☐ 両) CC | |

予約日時： 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

予約時刻の 15 分前までに、糸魚川総合病院 総合受付で受付を済ませ、
放射線科 窓口までお越しください。

お持ちいただくもの

本票、診察券、保険証、（お持ちの方のみ）医療費受給者証

必ずお読みください

- マンモグラフィー、骨密度測定ともに検査時間は、約 20 分です。
- マンモグラフィーでの注意事項
 - ◇ 長い髪が撮影の妨げになることがございます。できるだけ結んでください。
 - ◇ 上半身の着衣をお脱ぎ頂き、ネックレス、ブラジャーを外して、ケープを着用していただきます。
 - ◇ 防臭制汗剤に含まれるパウダーを拭き取ってください。
 - ◇ 妊娠中・授乳中の方は検査をお受けすることができません。
 - ◇ 豊胸手術後の方、心臓ペースメーカーや植込み型除細動器（ICD）、皮下埋込型ポートや VP（脳室・腹腔）シャントの入っている方は、検査をお受けすることができません。
- 骨密度測定の注意事項

検査部位（腰椎や股関節、前腕）に骨折や手術の既往がある方は正確な骨密度を表示できないことがあります。ご予約時や検査前に骨折歴や手術歴についてお聞かせください。

当日都合の悪い方は必ず前もって、ご依頼医療機関および糸魚川総合病院地域連携室までご連絡ください。

 新潟県厚生連 糸魚川総合病院

025-552-0280(代表)