

【診療情報提供書(骨密度検査依頼書)】

年 月 日

第一病院 担当医 御机下

住所

医療機関

TEL

FAX

第一病院の受診歴
無 有

医師

フリガナ			
患者氏名		性別	男性 女性
住所		自宅 TEL ・ 携帯	
生年月日	T S H 年 月 日	年齢	歳
傷病名			
検査目的	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の疑い <input type="checkbox"/> 経過観察 ※前回骨密度測定検査:なし ・ あり(年 月 日)		

以下の質問にお答えください。

検査のみ希望(平日14:00~16:00までの間に受付へお越しください)

検査と整形外科診察を希望(整形外科診察日に受付へお越しください)

股関節	人工骨頭の手術をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	手術をしていた場合、左右どちらに入っていますか	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左

以下に該当する方はこの検査を行うことが出来ません

- ・妊娠中の方
- ・1週間以内に造影剤やバリウムを使用した検査を受けられた方
- ・挙上及び仰向け姿勢が10分程度保持できない方