

申込日： 年 月 日

★診療情報提供書（紹介状）も一緒に FAX 送信をお願いします。

地域医療連携センター FAX 0120-846-489 / TEL 0120-364-489

淀川キリスト教病院 検査依頼申込書（骨塩定量測定検査専用）

【貴医療機関名】

医療機関名： _____

医師名： _____

所在地： _____

TEL： _____

FAX： _____

【患者様情報】

氏名	フリガナ	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和			男女
	旧姓()		年 月 日 (歳)			
住所	〒 _____ TEL - -					
その他	身長 (cm) 体重 (kg)					
	腰椎の人工物 (体内金属類 等)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	股関節の人工物 (人工骨頭スクリュー等)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明	
	前腕(橈骨)の人工物 (体内金属類 等)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明	
依頼内容	骨塩定量測定部位 (骨密度測定) (ご依頼の部位に <input checked="" type="checkbox"/> ください)					
	<input type="checkbox"/> ① 腰椎 <input type="checkbox"/> ② 大腿骨 (両) <input type="checkbox"/> ③ 橈骨 (両) (※上記①～③の中から最大2部位まで測定可能です。)					
希望 受診日	<input type="checkbox"/> 第一希望 _____ 月 _____ 日 () 午前 ・ 午後					
	<input type="checkbox"/> 第二希望 _____ 月 _____ 日 () 午前 ・ 午後					
	<input type="checkbox"/> 希望日なし					
特記事項	過去の骨折歴、治療経過、現在の治療薬等 (該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい)					
	●脆弱性骨折既往歴の有無 ⇒ <input type="checkbox"/> 橈骨 <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨					
	●骨塩定量検査実施履歴 ⇒ <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 初回ではない (当院での検査 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 初回ではない)					
	●骨粗鬆症治療薬剤の使用 ⇒ <input type="checkbox"/> ビタミンD <input type="checkbox"/> SERM <input type="checkbox"/> ビス剤 <input type="checkbox"/> 副甲状腺ホルモン <input type="checkbox"/> 抗 RANKL 抗体 <input type="checkbox"/> その他					
その他 (_____)						

地域医療連携センターにて受付後、FAXにて「予約通知書」を返信させていただきます。

業務時間外の場合翌日 (休日の場合は第一日目の業務日) の返信となります。

※地域医療連携センター業務時間 平日：9:00～20:00 / 土曜日：9:00～13:00