

大崎市民病院 骨密度検査（DXA法）申込書 兼 診療情報提供

FAX番号0229-24-3005

地域医療連携室 直通TEL0229-23-9986

予約受付時間：平日 午前8:30～午後5:00（土・日・祝祭日・年末年始を除く）

受診希望日 ※当日不可	第1希望	月	日	(木) PM	貴院の名称		
	第2希望	月	日	(木) PM	所在地		
	<input type="checkbox"/> いつでも可				TEL		
紹介診療科 紹介医師名	整形外科 検査担当先生				FAX		
患者氏名	(ふりがな)				市民病院 受診歴（分院・診療所を含む）		
	様				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不詳		
					(市民病院ID)		
(旧姓)				電話	自宅		
性別	男・女	年齢	才		携帯		
生年月日	(T・S・H・R)		年	月	日		
住所	〒						
紹介目的	骨密度測定（腰椎及び股関節），治療効果測定，必要時薬剤決定						
傷病名・主訴	骨粗鬆症						

※ ①既往歴及び家族歴 ②症状経過 ③検査結果 ④治療経過 ⑤現在の処方

紹介元が患者に確認する内容（※下記の情報を提供して下さい）

1. 腰椎に金属を入れる手術をしたことがある。 ある ない
2. 股関節に金属を入れる手術をしたことがある。 ある 左 右 ない
3. 検査希望日から1週間以内に胃腸のバリウム検査の予定がある。 ある（いつ：__/__/__） ない

・診療情報提供書（紹介状）の原本は患者に交付し予約日に持参するようお願いいたします。
 ・検査後は、患者に結果を説明し、検査結果を紹介元の先生にお返事いたします。継続診療をお願いいたします。