

大崎市民病院FAX予約申込書 兼 診療情報提供書  
FAX番号0229-24-3005骨密度検査  
(DXA法) 専用

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・祝日・年末年始を除く）

受診希望日 ※当日不可	第1希望： 月 日 :	貴院の名称 所在地 TEL FAX 医師名 科 ⑧
	第2希望： 月 日 :	
	<input type="checkbox"/> いつでも可	
紹介診療科	整形外科	
医師名	ご担当先生	
患者氏名	(ふりがな)	市民病院 受診歴（分院・診療所を含む）
	様 (旧姓) ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不詳 (市民病院ID)
性別	男・女 年齢 才	電話 自宅 携帯
生年月日	(M・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。ある場合は検査はできません。）

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 1. 腰椎に金属を入れる手術をしたことがある。         | ( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )   |
| 2. 股関節に金属を入れる手術をしたことがある。        | ( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> ない ) |
| 3. 検査希望日前1週間以内に胃腸のバリウム検査の予定がある。 | ( <input type="checkbox"/> ある(いつ: __/__) <input type="checkbox"/> ない )  |
| 4. 妊娠中又は妊娠の可能性がある。              | ( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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。