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　0120-803-220**

**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  年　　月　　日（　　　歳） | 男  女 |
| 旧姓(　　　) |
| 住　所 | 〒  TEL 　　- 　- | | | |
| その他 | 身長（　　　　cm）　体重（　　　　kg）  腰椎の人工物（体内金属類 等）　　　　　　　　　 □なし　　□あり　　□不明  股関節の人工物（人工骨頭スクリュー等）　　　　　□なし　　□右　　□左　　□不明  前腕(橈骨)の人工物（体内金属類 等）　　　　　　　□なし　　□右　　□左　　□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　☑　ください）   1. □　腰椎　　　　　　　②　□　大腿骨（両）　　　　　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 | * + 第一希望　　　　月　　　　日（　　　）　　午前　・　午後   + 第二希望　　　　月　　　　日（　　　）　　午前　・　午後   + 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☑を入れて下さい）  ●脆弱性骨折既往歴の有無　⇒　□橈骨　□上腕骨　□脊椎　□大腿骨  ●骨塩定量検査実施履歴　　⇒　□初回  □初回ではない（当院での検査　□初回　□初回ではない）  ●骨粗鬆症治療薬剤の使用　⇒　□ビタミンD　□SERM　□ビス剤　□副甲状腺ホルモン  　　　　　　　　　　　　　　　□抗RANKL抗体　□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：9:00～19:00／土曜日：9:00～13:00