

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）	<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）					
	① <input type="checkbox"/> 腰椎                      ② <input type="checkbox"/> 大腿骨（両）                      ③ <input type="checkbox"/> 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：9:00～19:00 / 土曜日：9:00～13:00