

骨密度検査申込書 兼 紹介状

地域医療連携室直通 FAX:052-704-2790 TEL:052-704-9555

※ 検査当日こちらの用紙をご持参ください。

令和 年 月 日

紹介元	
医療機関名	()
電話番号:	FAX
紹介医師名	

下記の患者さんの骨密度検査を依頼します。

フリガナ	(男・女)	生年月日: T/S/H	年	月	日
患者氏名	様	電話番号(連絡のとれる番号):			
		-	-		
みらい光生病院 受診歴	なし・あり	(ID番号)		
検査希望日 第1希望:	月	日	(月・水・金)		
第2希望:	月	日	(月・水・金)		
◎予約日の日程調整は、みらい光生病院が <input type="checkbox"/> 患者さんを行う <input type="checkbox"/> 医療機関を行う					
検査部位	腰椎+大腿骨				
紹介理由					

以下の項目に☑をつけ、ご記入をお願いいたします。

① 骨密度検査を12ヶ月以内に行っていない。(原則12ヶ月に1回、ただし例外あり)	<input type="checkbox"/> いいえ (以下のア~カに☑がある場合、4ヶ月に1回検査可能)	<input type="checkbox"/> はい (※②へ)
<input type="checkbox"/> ア: 骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して1年以内の患者		
<input type="checkbox"/> イ: 新たに骨折した患者		
<input type="checkbox"/> ウ: 関係学会のガイドラインで示されている骨折危険因子が新規に増えた		
<input type="checkbox"/> エ: ビスホスホネート薬治療の一時中止を検討している患者		
<input type="checkbox"/> オ: グルココルチコイド、アロマトーゼ阻害薬、抗アンドロゲン療法、骨形成促進薬などの骨減少・増加をきたす薬剤を投与している		
<input type="checkbox"/> カ: 急激な骨減少・増加をきたす病態等を有する患者 (吸収不良、全身性炎症疾患、長期不動、人口閉経など)		
② 体内金属(器具)を留置している。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (部位: 種類:)
③ 検査当日持参の別紙「骨密度検査説明書・問診票」を説明し渡しました。	<input type="checkbox"/> はい	

検査結果は、後日レポートを同封し紹介元の先生へ郵送します。

検査や結果をお急ぎの場合はご相談ください。

以上、ご記入ありがとうございました。