

骨密度検査申込書

地域医療連携室直通 FAX:052-680-9970 TEL:052-680-8999

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):			
		— —			
リハビリテーション病院 受診歴 なし・あり (ID番号)					
検査希望日 第1希望: 月 日 () AM・PM (:)					
第2希望: 月 日 () AM・PM (:)					
◎予約日の日程調整は、リハビリテーション病院が <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					
連絡事項	※診療情報提供書が別途必要です。検査当日にご持参ください。				

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) □いいえ(以下のア~カに☑がある場合、4ヶ月に1回検査可能) □はい(※②へ)
□ 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
□ イ: 新たに骨折した患者
□ ウ: 関係学会ガイドラインで示される骨折危険因子が新規に増えた患者
□ エ: ビスホスホネート薬治療の中断を検討している患者
□ オ: グルココルチコイド、アロマトーゼ阻害薬、抗アンドロゲン薬、骨形成促進薬など、骨減少・骨増加をきたす薬剤を投与している
□ カ: 吸収不良、全身性炎症疾患、長期不動、人口閉経など、骨減少・骨増加をきたす疾患等を有する
② 体内金属(器具)を留置している。 □いいえ □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。 □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。