

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 | (具体的な目標部位等をご記載ください) ※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。 | | | | |
| ※骨密度検査は4ヶ月に1回しか検査することができません。 | | | | | |

以下の項目に☑をつけ、ご記入をお願いいたします。

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 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:) | |
| <input type="checkbox"/> 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。 | |

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。