　　年　　月　　日

**登米市民病院 骨密度測定検査**

**診療情報提供書（兼 予約申込書）**

ファクシミリ番号 0220-44-4703

診療放射線室　　直通電話番号 0220-44-4703（電話・ファクシミリ番号ともに共通番号）

予約受付時間　　平日10：00から16：00（土・日・祝祭日・年始年末を除く）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | （ふりがな）  　　　　　　　　　　　様 | | | 貴院の名称  所在地  TEL  FAX  医師名　　　　　　　　　　　（　　　　　 　科） | |
| 生年月日 | 年　　　月　　日 | | |
| 性別 | 男　・　女 | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 〒　　　－ | | |
| 電話 | 自宅 | | | 検査希望日 | 第1希望日：　　　月　　　日  第2希望日：　　　月　　　日 |
| 携帯 | | | 検査結果 | □当日患者渡し・□後日郵送  （チェックなしの場合後日郵送になります） |
| 検査歴 | 当院での骨密度測定検査歴  　□有　・□無 | | | 骨折歴 | □有（部位　　　　　　　　　　　　）  □無 |
| ADL | □歩行・□車いす　（要介助の場合は付き添いの方の同伴をお願いいたします。） | | | | |
| 認知症 | □有　・□無　（認知症および理解力が低下している場合は付き添いの方の同伴をお願いいたします。） | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 骨密度測定の部位 | 腰椎+大腿骨頚部  　　検査部位としては腰椎(1,2,3,4)+左大腿骨頚部を基本としますが、場合によっては右大腿骨頚部  または両大腿骨頚部を測定します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 | （臨床診断） |
| 紹介目的 | （検査目的） |
| 備考 |  |

・原本は患者に交付し、予約日に持参するようお取り計らいください。

平成30年8月1日改正