

## 骨密度検査：検査申込書 兼 診療情報提供書

〒136-0071 東京都江東区亀戸9-13-1 独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京城東病院 地域医療連携室 宛 TEL : 03-3637-2589 (直通連絡先) FAX : 03-3637-6916 受付 : 平日 午前 8:30 ~ 午後 5:15		依頼医療機関 _____	
		医師名 _____	
		TEL : _____	
		FAX : _____	
※ 検査担当より、確認等の目的でご連絡させて頂く場合がございます			
ふりがな		男	
患者氏名		・女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 )
〒 _____			
住所 _____			
電話番号 : _____			
検査日	月 日 曜日 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 )		
検査	<input type="checkbox"/> 骨塩定量 (DEXA法)		
検査部位	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨 ( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨 ( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 ) ・測定部位に「人工関節」や「骨折」があるもしくは疑われる場合には、正確な解析がおこなえません ・骨塩定量 (DEXA法) では装置での解析結果のお渡しとなります ・「部位」や「左・右」等の詳細は「検査目的」欄への記載をお願い致します		
医療機器・体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 詳細 : _____ ) <input type="checkbox"/> 不明 ・持続血糖測定装置、心臓ベースメーカー、磁性インプラント、人工内耳 等		
その他の留意事項 ※アレルギーの有無 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 :		
検査目的			
症状・臨床所見			
既往歴・その他			
画像・読影レポート	骨塩定量 (DEXA法) では、装置での解析結果を用紙にてお渡し致します。		
○ ご紹介ありがとうございました			
検査当日、患者様には以下をご持参の上、ご来院くださいますようご案内願います。			
<input type="checkbox"/> 当院送付の書類一式：検査予約票 等			
<input type="checkbox"/> 保険証 (あれば当院診察券)			
<input type="checkbox"/> 各種受給者証			