

# 診療情報提供書・兼骨密度検査依頼状

平成 年 月 日

156-0041 東京都世田谷区大原 2-23-19

TEL03-3324-3077

医療法人社団篠田会 大原クリニック

担当医 行

医療機関名：

所在地：

電話番号：

医師氏名：

患者氏名	殿					
性別	男・女					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	( 歳)	身長： cm 体重： kg

傷病名	
骨密度検査	検査日時 年 月 日 : ~ <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上(変更ない方は以下 記入不要です)
紹介目的	<input type="checkbox"/> 骨密度検査のみ <input type="checkbox"/> 骨密度検査と治療方針の提案 <input type="checkbox"/> 骨密度検査と治療方針の決定、薬の処方
骨折歴	<input type="checkbox"/> 大腿骨近位部骨折 <input type="checkbox"/> 脊椎椎体(圧迫)骨折 <input type="checkbox"/> 橈骨遠位端骨折 <input type="checkbox"/> その他の骨折( ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎障害 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明
治療経過	<p>・下記の部位に体内金属がある場合、部位を○で囲んで下さい (腰椎・大腿骨近位部・橈骨)</p>
現在の処方	<input type="checkbox"/> 内服ステロイド <input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> その他( )
備考	<p>※検査実施は、仰臥位を10~15分程度出来る方が望ましいです            ※造影剤を使用する検査を行った場合は下記期間経過してからの検査となります            胃バリウム検査・注腸造影検査：7日間            脊髓腔造影(ミエログラフィー)：2日間</p>

※当院診療時間中にお電話でご予約お願い致します。

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
AM 9:00~PM 12:00	○	○	○	○	○	○	/
PM 2:00~PM 6:00	○	○	○	/	○	/	/