

骨密度検査依頼書 <<診療情報提供書>>

平成 年 月 日

紹介元医療機関 御中

■紹介元医療機関名・所在地・TEL・FAX

整形外科 川戸クリニック

川戸 明広 行

〒538-0041 大阪市城東区今福東1-13-8

今福つるみクリニックビル2階

TEL 06-6935-1114 / FAX 06-6935-1116

--

検査予約日				
フリガナ				
患者様氏名	(姓)	(名)	様	性別：男・女
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
診断名	骨粗鬆症： <input type="checkbox"/> 疑い ・ <input type="checkbox"/> 経過観察			
症状経過 および 検査結果	腰椎圧迫骨折： <input type="checkbox"/> 有 (L 1・2・3・4・5) ・ <input type="checkbox"/> 無 大腿骨骨折： <input type="checkbox"/> 有 (右・左) ・ <input type="checkbox"/> 無			
検査：骨密度測定(DEXA)腰椎＋大腿骨近位部 ・検査実地は、仰向けの体制で行います。 ・検査は約10分です。検査中は体を動かさないようにして頂きます。				
骨密度チェック項目				
妊娠中もしくは可能性のある方： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
腰椎に体内金属はありますか： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
大腿骨に体内金属はありますか： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
現在の処方	<input type="checkbox"/> フォサマック	<input type="checkbox"/> ボナロン	<input type="checkbox"/> リカルボン	<input type="checkbox"/> エビスタ
	<input type="checkbox"/> アクトネル	<input type="checkbox"/> ベネット	<input type="checkbox"/> ビビアント	<input type="checkbox"/> フォルテオ
	<input type="checkbox"/> ダイドロネル	<input type="checkbox"/> アレディア	<input type="checkbox"/> オステン	
	<input type="checkbox"/> テイロック	<input type="checkbox"/> ビスフォナール		
	<input type="checkbox"/> ソメタ	<input type="checkbox"/> ボノテオ		

<<保険証情報>>

保険者番号：

記号・番号：

続柄： 本人 ・ 家族 高齢 1割 ・ 3割

<<公費負担情報>>

市町村番号：

受給者番号：

一部負担