

骨塩定量検査紹介患者受診依頼票(診療情報提供書)

栗原市立栗原中央病院
 TEL : 0228-21-5335
 FAX : 0228-21-5336
 (連携室)

令和 年 月 日

医療機関名
 医師氏名
 電話番号 ()

科 医師名

フリガナ	男:女	M・T・S・H・R	年	月	日生(歳)
患者氏名	電話番号 ()					
患者住所	職業					
保険番号					記号・番号	
被保険者氏名					本人・家族	
公費負担番号					受給者番号	
検査予約日	令和	年	月	日() 午前・午後 時 分から検査を行います。 午前・午後 時 分までに受付をしてください。	

骨密度測定的部位:検査希望の部位に○をつけてください。2ヶ所まで可能です

○検査部位 腰椎 ・ 大腿骨頸部(右 : 左)

備考:検査部位としては腰椎(L2,3,4)を基本としますが、腰椎圧迫骨折の既往がある方などは必要であれば大腿骨頸部も検査しますので○を付けてください

以下の特記事項および傷病名に選択・記入をお願いします

特	骨折歴	無 ・ 有 (
	歩行状態	独 歩 ・ 車椅子等
記	体位維持	できる・できない
女性のみ.....	
事	月経	無(歳 閉経) ・有
	妊娠	無 ・有(週)
項	その他の事項	(

傷病名:

その他:

備考 1. 紹介元が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関名の欄に紹介元市町村、保健所名等を記入すること。
 かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入してください。