

骨密度検査 依頼状 兼 診療情報提供書

平成 年 月 日

医療法人優仁会

医療機関名

かとう整形在宅クリニック

所在地

担当医 行

電話番号

医師氏名

フリガナ			
患者氏名	様		
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日 (歳)
主病名			
検査依頼	<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)		
骨折歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 大腿骨近位部骨折 <input type="checkbox"/> 脊椎圧迫骨折 <input type="checkbox"/> 上腕骨近位部骨折 <input type="checkbox"/> 橈骨遠位端骨折 <input type="checkbox"/> 肋骨骨折 <input type="checkbox"/> 骨盤骨折 (恥骨、坐骨、仙骨) <input type="checkbox"/> 下腿骨骨折 <input type="checkbox"/> その他の骨折 () <input type="checkbox"/> 不明		
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"/> ステロイド治療 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> ご両親が大腿近位部骨折を起こしたことがある <input type="checkbox"/> その他の病気 () <input type="checkbox"/> 不明		
骨粗鬆症 治療歴	ビタミンD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していたことがある カルシウム <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していたことがある <input type="checkbox"/> ある SERM (エストロゲン・セレクティブ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していたことがある <input type="checkbox"/> なし ビスホスホネート(アロプリロン酸、ゾレロン酸、イバロン酸) (リゼロン酸、アクル、ベネト) (ミトロン酸、ホルテオ、リカルボン) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していたことがある		
通信欄			

※基本撮影部位は腰椎+大腿骨になります。

※検査結果は約2週間程度でクリニックへ郵送いたします。

診察時間 月・火・木・金 午前9時30分～12時 午後5時～7時 (15分前より受付)
 ※予約なし (スムーズに検査にご案内いたします。)

料 金 1割 730円 3割 2,200円
 (H28.4現在) ※当日保険証をお持ち下さい。