

診療情報提供書(骨密度測定検査依頼書)

御依頼医療機関名		検査日時	
紹介医師名：		第1希望日	
TEL		第2希望日	
FAX		第3希望日	

患者様情報	時間帯 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 終日 特に希望がないようでしたら空欄でお願いします。
-------	--

フリガナ		性 別	生年月日
氏 名		☐ 男 ： ☐ 女	T・S・H 年 月 日

◆測定部位※基本的に腰椎、大腿骨近位部を測定します。

※以下のチェックリストにて確認をお願いします。	
◆骨密度検査は初回、もしくは前回から4月を過ぎていますか ☐ はい ☐ いいえ (「いいえ」の場合、保険診療外です)	
◆妊娠可能性 ☐ 無 ☐ 有 (「有」の場合、検査はできません)	
◆仰向けで安静を保持できますか ☐ 可 ☐ 不可 (「不可」の場合、検査はできません)	
◆検査前1週間以内のバリウム検査など行っていませんか ☐ 無 ☐ 有 (「有」の場合、検査ができない場合があります。)	
◆体内金属はありますか ☐ 無 ☐ 有 (「有」で腰椎・股関節の場合、検査ができない場合があります。)	
◆特記事項※腰椎または大腿骨に骨折、手術歴がある場合など記入をお願いします。	
当日患者様に検査結果をお渡しします。	

被保険者氏名		☐ 本人 ☐ 家族	保険者番号	
記号・番号			負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割
公費負担者番号		公費負担者番号		入院中 ☐ DPC
受給者番号		受給者番号		外来通院中
保険適応外	☐ 妊娠 ☐ 交通事故 ☐ 労災 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()			

医療法人ミネルワ会 渡辺病院

〒791-0054 愛媛県松山市空港通7丁目13-3
TEL：089-973-0111／FAX：089-974-0432