

## 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	

	時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 終日
--	-----	---

特に希望がないようでしたら空欄でお願いします。

患者様情報		性別	生年月日
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	T・S・H    年   月   日
氏名			

◆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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>(「いいえ」の場合、保険診療外です)</small>
◆妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <small>(「有」の場合、検査はできません)</small>
◆仰向けで安静を保持できますか	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <small>(「不可」の場合、検査はできません)</small>
◆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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <small>(「有」の場合、検査ができない場合があります。)</small>
◆体内金属はありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <small>(「有」で腰椎・股関節の場合、検査ができない場合があります。)</small>
◆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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	保険者番号	
記号・番号		負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
公費負担者番号	公費負担者番号	入院中 <input type="checkbox"/> DPC	
受給者番号	受給者番号	外来通院中	
保険適応外	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 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