

骨密度検査 依頼状 兼 診療情報提供書

年 月 日

医療法人優仁会
かとう整形在宅クリニック
担当医 行

医療機関名
所在地
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・西暦 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"/> ご両親が大腿骨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	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
治療歴	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 (イボスタ・ビビアント)	<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	ビスホスネート	<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。

検査日 午前 月・火・木・金 9時30分～11時30分
 午後 月・木・金 17時～18時30分

料金 (初診料含む) 1割 820円 2割 1,640円 3割 2,450円
 (2022年10月現在) ※当日保険証をお持ち下さい。