

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関	島田総合病院	担当医	放射線科 御担当 先生 御侍史
紹介元医療機関の所在地及び名称 電話番号 医師氏名		印	

患者氏名		生年月日	
性別	男性 ・ 女性	患者 ID	
身長	c m	体重	k g
傷病名	☐ 骨粗鬆症 ☐ その他 ()		
測定部位	☐ 腰椎骨密度 + 大腿骨骨密度 ☐ 腰椎骨密度 ☐ 大腿骨骨密度 ☐ 橈骨骨密度 ☐ 全身体組成 (保険適応外のため、検診扱いになります) ☐ その他 ()		
既往	☐ 腰椎骨折 (☐ L1 ☐ L2 ☐ L 3 ☐ L4 ☐ L5) ☐ 脊椎固定術 ☐ 腹部大動脈ステントグラフト内挿術 ☐ 大腿骨頸部骨折 (☐ 右 ☐ 左) ☐ 人工股関節 (☐ 右 ☐ 左) ☐ 橈骨骨折 (☐ 右 ☐ 左) ☐ その他 ()		
確認事項 * 一つでも当てはまる項目があれば検査不可	☐ 妊娠している、またはその可能性がある ☐ 体動制御不可 ☐ 1 週間以内にバリウム検査をしている ☐ 24 時間以内に血管造影剤を使った検査をしている ☐ 1 週間以内に核医学検査をしている ☐ 48 時間以内に脊髄造影検査をしている		
結果送付	☐ お急ぎ (患者様に手渡し) ☐ 後日郵送		