

骨塩定量検査予約申込書 兼 診療情報提供書

本紙は診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参くださいますようお願いいたします。

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	紹介元医療機関名 住所	
生年月日	年 月 日 歳	ご担当医 (印)	
住所 〒	—	TEL	—
TEL	—	FAX	—
病名	既往歴		
経過等			

検査希望日

<input type="checkbox"/> 希望なし	第1希望	月 日 ()	第2希望	月 日 ()
-------------------------------	------	---------	------	---------

検査結果報告

検査結果は、カラープリントを後日郵送いたします。

確認項目 (必須)

<input type="checkbox"/> 過去1年以内に当院で骨塩定量検査を受けていない
<input type="checkbox"/> 過去1年以内に当院で骨塩定量検査を受けたことがある →受けたことがある方は、以下の項目に該当するものがあればチェックを入れてください
<input type="checkbox"/> ア 骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して1年以内の場合
<input type="checkbox"/> イ 新たに骨折した場合
<input type="checkbox"/> ウ 関係学会のガイドラインで示されている骨折危険因子が新規に増えた場合
<input type="checkbox"/> エ ビスホスホネート薬治療の中断を検討する場合
<input type="checkbox"/> オ グルココルチコイド、アロマターゼ阻害薬、抗アンドロゲン薬、骨形成促進薬等、骨減少又は骨増加をきたす薬剤を投与する場合
<input type="checkbox"/> カ 吸収不良、全身性炎症性疾患、長期不動、人口閉経等、骨減少又は骨増加をきたす疾患等を有する場合
※上記ア～カのいずれにも該当しない場合、 <u>自由診療 (自費)</u> となります