

令和 年 月 日

担当医 先生

担当医師名： 科 印

電話 番 号 : () -

FAX 番号:	()	-
---------	-----	---

申 込 担 当 者 :

受診希望日 令和 年 月 日 ()

フリガナ		受診歴	性別	患者さん予約待ち状況	
氏 名		☐ 有 ☐ 無	☐ 男 ☐ 女	☐ 貴医療機関にて外来待機中 ☐ 貴医療機関に入院中 ☐ 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち ☐ その他（ ）	
旧 姓		※お分かりでしたらご記入をお願いします。		患者さん来院方法	
生年月日		☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 歳		☐ 独歩 ☐ 車イス ☐ ストレッチャー	
住 所 〒 -					
自 宅（ ） -			連絡先	（ ） -	
紹介目的	検査(骨密度)		患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて (直接予約日変更時でも下記予約受付時間での対応となります) ☐ 承諾する ☐ 不承諾 不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は、紹介元を通しての変更をお願いします。		
目的臓器	骨密度測定 ☐ 腰椎・左大腿骨頭部 ☐ 腰椎・右大腿骨頭部				
身長・体重	身長 cm		体重 kg		
前回検査 (該当する項目 にチェック)	☐ 初回、もしくは前回骨密度検査から1年以上経過している 前回検査から4か月以上1年以内の場合 ☐ 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 ☐ イ 新たに骨折した場合 ☐ 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 ☐ エ ビスホスホネート薬治療の中断を検討する場合 ☐ オ グルココルチコイド、アロマトラーゼ阻害薬、抗アントロゲン薬、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 ☐ カ 吸収不良、全身性炎症性疾患、長期不動、人工閉経等、骨減少又は骨増加をきたす疾患等を有する場合 ☐ 前回検査から4か月以内の場合(診療報酬算定無し)				
診断名			主訴		
①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他 ※改行は「Altキー + Enterキー」					
結 果（ 所 見 ） 返 送 方 法 当日患者さんにお渡しします。					

添付資料 ☐ 無 ☐ X-P ☐ ECG ☐ 内視鏡フィルム ☐ 検査データ ☐ 超音波画像 ☐ CT・MRI画像

※ FAX予約受付時間(月～金 9:00～18:30 + 9:00～11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です)

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)

令和8年7月改定