**令和　　　年　　　月　　　日**

**秋田厚生医療センター　ＦＡＸ番号　０１８－８５７－２３２４**

**紹介患者用**

**骨密度測定・腰椎単純X線検査申込書（兼）診療情報提供書**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** | **性別　：　男　・　女****明・大・昭・平・令　　　年　　月　　日生（　　歳）** |
| **患者名** |
| **紹介元医療機関名****主治医名** |
| **病名****検査項目** （依頼したい項目にチェックをお願いします。）**骨密度測定**（ガイドラインより、腰椎および左股関節を測定）**腰椎単純X線検査 2R（正面＋側面）****※測定部位（腰椎・左股関節）に金属があると測定できません。また同部位に骨折の****既往がある場合、正しい測定が行えない可能性があります。****該当する場合は☑を入れてください。（詳細は別紙フローチャートをご確認ください。）****金属がある　　　　　　　　骨折の既往がある****【 注意事項 】****※体動が著しい方、円背があり仰臥位が困難な方は検査が行えない可能性があります。****※妊婦・妊娠の可能性のある方は測定できません。** |
| **病院使用欄** |
| **検査日　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　ＰM****患者ＩＤ番号** |

**【お問い合わせ】　秋田厚生医療センター　地域医療連携室　TEL　０１８－８８０－３０５０**