

診療情報提供書（オープン骨密度検査依頼書）

検査希望日（ ）

伊東市民病院		紹介元医療機関名及び所在地	
		電話	
医師名 川合 耕治 医師		F A X	
		診療科 医師名	印
フリガナ		生 年 月 日	性 別
患者氏名	(伊東市民病院 診察券番号：)	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳)	男 ・ 女
住 所			
電話番号		職 業	
主訴			
診断	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症疑い <input type="checkbox"/> その他 ()		
病歴			
撮影方法	<input type="checkbox"/> DXA法（腰椎） <input type="checkbox"/> DXA法（腰椎＋両大腿骨頸部） ※ご指定いただけない場合は、DXA法（腰椎＋両大腿骨頸部）にて撮影させていただきます。 ※腰椎、股関節のインプラントがある場合、その部位の検査は計測不能です。		

- 申込方法 伊東市民病院地域医療連携室まで、FAXにてお申し込みください。
 予約受付後、原則30分以内に予約票を返信いたします。
 依頼書原本は、当日患者様が総合受付に提出してください。
- 結果送付 検査結果は患者様へお渡し、ご紹介元医療機関にもお返事としてFAX及び郵送させていただきます。
 （出力媒体はA4用紙での対応となります。）

《FAX送付先》 伊東市民病院 地域医療連携室
 TEL：0557-32-5800（直通）FAX：0557-32-5801（直通）
 《受付時間》 平日：午前8時30分～午後4時30分 土曜日：午前8時30分～午後0時

2019年8月1日改訂