**DEXA(骨密度)検査申込書　（ 別紙① ）**

　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| **はりま病院　予約センター行き**ご紹介元　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**FAX　　　　－　　　　－**医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**TEL　　　　－　　　　－** |
| フ リ ガ ナ |  | 男・女 | 明・大・昭・平　年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 紹介患者様氏名 |  |
| 患者様　連絡先 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**TEL　　　－　　　－**  |
| 検査希望日 | □第1希望　(令和　　年　　月　　日　)□第2希望　(令和　　年　　月　　日　)□希望日なし | ①　13時～15時　②　15時～17時　 |
| 検査結果 | □郵送□当日（患者様持ち帰り） | 備考 |

**はりま病院　予約センター**

**FAX　078－942-5815**

TEL　078―942―5489

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　先生御侍史　平素は大変お世話になっております。上記患者様のご予約をお取りしましたので、ご報告いたします。　　年　　月　　日　　　時　　　分　以上、よろしくお願いいたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はりま病院　予約センター |

骨密度検査問診票　（別紙②）

 M T S H

患者様氏名：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：　　　年　　月　　日

検査日　：令和　 　年　　月　　日 時　　　分

★骨密度検査前の問診です。該当事項に○をつけて下さい。

１、今まで骨折をしたことがありますか？　　　ある　　・　　なし

１の問いで“ ある ” と答えられた方のみご回答ください。

①骨折した場所はどこですか？

○ 腰椎　（第　　腰椎）

○ 股関節・大腿骨頚部　　（　右　・　左　）

○ 手関節（手首）　　　 （　右　・　左　）

○ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

②手術を受け現在金属が入っていますか？　　　ある　　・　　なし

２、現在、骨粗鬆症の治療をされていますか？　している　・　していない

（お薬名：　　　　　　　　　　　　　　　）

★　問診は以上で終了です。

　　　　　　　　　　※　この用紙は検査当日、はりま病院受付にお渡しください。