

年 月 日

骨密度検査申込書

【依頼元医療機関】

〒586-8521

河内長野市木戸東町2番1号

大阪南医療センター 地域医療連携室 宛

FAX 0721-50-4416

TEL 0721-53-5761 (内線3123)

住 所

名 称

TEL

FAX

()

()

【受診者】

フリガナ			性 別
患 者 様 氏 名	様		男 ・ 女
身 長	. cm	体 重	. kg
生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日生		(歳)
住 所			TEL ()
希 望 日	第一希望 年 月 日()曜日	第二希望 年 月 日()曜日	
検 査 内 容	<input type="checkbox"/> 腰椎+股関節		<input type="checkbox"/> 腰椎のみ
当院受診歴の有無 (大阪南医療センター)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		

同意書

【問診欄】	1.妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	2.安静を確保出来ない可能性 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	3.体内金属 (腰椎 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・ 大腿骨 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある)	
医師確認	<input type="checkbox"/> 検査可 <input type="checkbox"/> 検査不可	医師サイン _____
問診内容に相違はなく、担当医師から検査の必要性の説明を受け、骨密度検査を受けることに同意します		
	年 月 日	氏名 _____ 本人・代理人