［□北海道医療センター用　□連携医療機関用］

骨密度検査申込書　兼　診療情報提供書

令和　　年　　月　　日

〒063-0005　札幌市西区山の手5条7丁目1番1号　　依頼医療機関

北海道医療センター
地域医療連携室　宛

所在地

名　称

TEL（　　）　－　　FAX（　　）　－

医師名

FAX:011-611-8112　TEL:011-611-8116

※FAXは24時間受電しております。翌営業日に予約票をお送りさせていただきます

フ リ ガ ナ	生年月日　（明・大・昭・平・令）　年　月　日（　　歳）
患者様氏名　　様　男・女	住　所 電話（　　）　－
北海道医療センター受診歴の有無　　無　・　有　（　診療科　：　　科　）	

検査部位	□　腰椎　＋　股関節　　□　腰椎
検査希望日	月　　日　　曜日　□ 8:30　～　9:00（優先枠）　□　　：　　～（時間希望する場合）

患者さんの状況を教えてください

1．骨折の既往の有無　□　無　□　有　（　　年頃）

2．体内金属の有無　□　無　□　有　（部位：□　腰椎　□股関節　□その他）

3．ステロイド服用歴　□　無　□　有

4．バリウムを使用した検査を一週間以内に行っていますか？　□　はい　□　いいえ

病名・症状（主訴）

※　検査日時は、地域医療連携室から予約票にてご案内いたします。

※　検査結果は、当日印刷し、患者さんに直接お渡しいたします。

※　当日は、コルセット及び金属類ははずして検査します。