FAX:055-253-2903
TEL:055-253-7900

山梨県立中央病院　総合電話予約センター　行

山梨県立中央病院

共同利用　骨密度測定 検査申込書

兼診療情報提供書

□太枠内すべての記入をお願いいたします。

本用紙は患者さんにお渡しいただき、予約時間の15分前までに1階初診受付にご提出いただきますようお伝えください。

予約日時　　年　月　日 9:15

↑電話でお申込みいただいた際にお伝えした日時をご記入ください。

当院受診歴　□無　□有　□不明

ID

紹介元医療機関名:
診療科:
医師名:
所在地:
TEL:
FAX:

患者氏名	漢字表記	カナ表記			
生年月日	□明 □大 □昭 □平 □令　年　月　日	電話番号	自　宅 その他連絡先		
住　所	〒	年齢	歳	性別	□ 男性 □ 女性
保険区分	□健康保険　□公費12　□自賠責　□その他（　　）				

病 名 ・ 症 状 （主 訴）

□ 骨粗鬆症　□骨粗鬆症の疑い　□その他（　　）

検査部位

□ 腰椎・大腿骨（右 ・ 左）　□ 腰椎のみ　□ 大腿骨（右 ・ 左）のみ

検査部位にチェックして下さい。　※当院では、標準部位を腰椎＋左大腿骨で測定しています。

患者さんの状況を教えてください

・骨折の既往の有無　□ なし　□ 有 （部位:　　）

・体内金属の有無　□ なし　□ 有 （部位: □腰椎 □股関節 □その他[　　]）

・ステロイド服用歴　□ なし　□ 有 （詳細　　）

・バリウムを使用した検査を1週間以内に行っていますか？　□はい　□いいえ

※個人差がありますので、検査前に体内に造影剤が残っている場合、検査を延期させていただくことがあります。また、前日もしくは当日の検査前に造影剤を使用したCTやMRI検査等を受けられた方も同様です。

＊当日は、コルセットおよび金属類は外して検査します。