骨密度検査専用診療情報提供書（兼ＦＡＸ申込書）

FAX　0857-59-0713（連携室専用）

年　　月　　日

【紹介先医療機関名】　〒６８９－０２０３　　鳥取市三津８７６
独立行政法人国立病院機構　鳥取医療センター　　外来担当医

【紹介元医療機関名】 医師名	ＦＡＸ
	ＴＥＬ

フリガナ	性別	生　年　月　日
患者氏名　　様	男・女	明・大・昭・平 年　　月　　日（　　歳）
住　所　〒　　－ ＴＥＬ（　　）　　－		

傷病名　　□骨粗鬆症　　□骨粗鬆症疑い

紹介内容（病名・症状など）　　※該当箇所にチェックしてください。

【症状】　□腰痛　　□背部痛　　□脊椎変形　　□その他（　　）

【検査項目】　□ルーチン（ 腰椎ＸＰ　２Ｒ　　ＤＥＸＡ腰＋大腿骨 ）
□ＤＥＸＡ（ 全身骨／体組成 ）のみ

【希望日】※ご希望の時間帯にチェックをお願いします。
ＭＲＩ・ＣＴ撮影と同時に検査希望の場合はお問い合わせください

年　　月　　日（　　）□13：00～15：00　□15：00～17：00

【予約通知用欄】※保険証と診療情報提供書（原本）をお持ちの上、予約の時間帯においでください。
（所要時間：撮影・解析等含め 20～30 分です。）
年　　月　　日（　　）　□13：00～15：00　□15：00～17：00
□MRI・ＣＴと同時検査

【お問い合わせ先】　地域医療連携室　☎０８５７－５９－０８９２（内線：２７５）

【当院使用欄】　□紹介元　□放射線科　□医事