診 療 情 報 提 供 書(DXA検査依頼書)

令和　　年　　月　　日

紹介先　医療機関名

●●病院　　整形外科 ・ 放射線科　　御担当　先生御机下

(　紹介先住所　　TEL：▲▲－▲▲－▲▲▲▲　FAX：■■－■■－■■■■)

紹介元　医療機関名

住　所

名　称

電　話　　FAX

医師名

(フリガナ)		性 別	住 所	
患者氏名		男・女		
			電 話	
生年月日	年　　月　　日(　　歳)		職 業	

傷病名	□　骨粗鬆症 □　骨粗鬆症(疑い)
紹介目的	□　検査依頼 (DXA) のみ　(放射線科 紹介) □　検査 (DXA) + 検査結果説明　(整形外科 紹介) →「①既往歴」を可能な範囲でご記載下さい。 □　検査 (DXA) + 推奨薬紹介　(整形外科 紹介) →「①既往歴、②検査結果・経過」を可能な範囲でご記載下さい。
①既往歴 **(家族歴)**	*ステロイド剤服用の有無　⇒　　□有　　□無
②検査結果・経過 X線検査 既存骨折 腎機能 併存疾患	□　有　　□　無 □　有　　□　無　　「有」の場合　→　圧迫骨折　□　有　　箇所　　□　無　　□　わからない 大腿骨近位部骨折　□　有　　□　無　　□　わからない □　高 (eGFR≧60)　　□　中 (59≧eGFR≧30)　　□　低 (30≧eGFR)　　□　透析中 □　糖尿病　　□　高コレステロール血症　　□　高血圧　　□　COPD □　その他 (　　) ※お薬手帳を必ずご持参いただきますようお願い致します。
備　考	

※推奨薬紹介をご希望の場合は別途院内での検査等が必要になる場合にがございます。
結果の返信には数日頂く場合がございますのでご了承ください。

治療はご施設で行って頂ければと思いますが、よろしければ治療評価も致しますので、
その際はお気軽に「DXA連携用の本検査依頼書」にて検査をお申し付けください。