

# 診療情報提供書 兼 骨密度検査 (DEXA) 予約申込書

FAX (直通) 03-5605-7182 (FAX 後、原本は患者さんへお渡しください)

※FAX 受信後、受診日や予約時間の調整のため電話連絡をさせていただきます。

年 月 日

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院

|                                  |
|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 予約希望日あり |
| 第1希望 年 月 日                       |
| 第2希望 年 月 日                       |
| 第3希望 年 月 日                       |
| <input type="checkbox"/> 特になし    |

|         |
|---------|
| 貴院名 :   |
| 所在地 :   |
| 電話番号 :  |
| FAX番号 : |
| 診療科 :   |
| 医師名 :   |

(東京臨海病院 ID : )

|   |                 |                                   |
|---|-----------------|-----------------------------------|
| 患者氏名<br>および<br>生年月日   | フリガナ<br>様 (男・女) | 大正・昭和 年 月 日生 ( 歳 )<br>平成・令和 (職業 ) |
| 住所  | (〒 - )          | TEL ( )                           |
| 主訴または病名・症状<br><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の疑い <input type="checkbox"/> その他 ( )   |                 |                                   |
| 検査部位<br><input type="checkbox"/> 腰椎 + 大腿骨 ( 右 ・ 左 ) <input type="checkbox"/> 腰椎のみ <input type="checkbox"/> 大腿骨 ( 右 ・ 左 ) のみ   |                 |                                   |
| 問診<br>・骨折の既往の有無 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (部位 : )<br>・体内金属の有無 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (部位 : <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )<br>・バリウム検査、造影検査、RI 検査を 1 週間以内に行っていますか? <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ |                 |                                   |
| 既往歴・治療経過等をご記入ください   |                 |                                   |
| 現在の処方   |                 |                                   |

注) 検査結果 (自動解析結果のみ) は検査の翌開院日に発送いたします。お急ぎの場合は FAX 送信いたしますのでお申し出ください。

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院 医療連携室 TEL : 03-5605-8811 (代)

【受付時間】 月～金曜日 : 8:30～17:00 第 2・4 土曜日 : 8:30～12:00