（様式１－g）

# 骨密度検査依頼書＜診療情報提供書＞

年　　月　　日

石川県金沢市沖町ハ-15
JCHO金沢病院　地域医療連携センター
TEL：076-253-5069（直通）
FAX：076-252-2369（直通）

| | |
|---|---|
| 紹介医療機関 | |
| 医師氏名 | |
| TEL | |
| FAX | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | （西暦）<br>年　月　日<br>（　才） | |
| 氏名 | | □ 男<br>□ 女 | | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| TEL | | 氏名 | | 続柄 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 検査部位 | □ 腰椎　□ 大腿骨（片方）　□ 大腿骨（両方） | | | | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | | |
| 臨床診断・病名 | | | | | |
| 主訴、経過、検査目的 | | | | | |

※検査部位・・・大腿骨（片方）の場合は基本的に左脚で撮影します
インプラント等が入っている場合は、入っていない方の脚で撮影します

| | | | |
|---|---|---|---|
| 希望日 | 第1希望 | 年　月　日（　） | 特に希望日がない場合は、記入不要 |
| | 第2希望 | 年　月　日（　） | |

202506作成
202605改