

年 月 日

骨密度申込書 兼 診療情報提供書 同意書

【紹介元医療機関】

〒070-8644

旭川市花咲町7丁目4048番

旭川医療センター 地域医療連携室 宛

FAX 0166-51-3160

TEL 0166-51-3161 (代表)

住 所

名 称

TEL ()

FAX ()

【受付時間】

月曜日～金曜日(祝日、年末年始を除く)8時30分～17時
 ※17時以降のFAXは翌日、土・日・祝祭日のFAXは直近の平日
 対応となりますので、ご了承ください。
 ※FAXによる当日の予約は行っておりませんので、ご了承ください。

主治医 _____

担当者名 _____

【受診者】

フリガナ			性 別	
氏 名	様		男 ・ 女	
生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)			
住 所			連絡先	自宅: 携帯:
希望受診日時	① 年 月 日()曜日 時 分	② 年 月 日()曜日 時 分		
当院受診の有無	有 (年頃) 入院・外来		無	

診療情報提供書

診断名	
現病歴 既往歴症状 及び 治療経過 検査所見	
※共同利用の場 合不要	

同意書

【問診欄】	1.妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	2.安静を確保出来ない可能性 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	3.体内金属 (腰椎 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・ 大腿骨 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある)	4.身長・体重 cm kg
医師確認	<input type="checkbox"/> 検査可 <input type="checkbox"/> 検査不可	医師サイン _____
問診内容に相違はなく、担当医師から検査の必要性和危険性の説明を受け、骨密度検査を受けることに同意します		
	年 月 日	氏名 _____ 本人・代理人

※様式ダウンロード <https://asahikawa.hosp.go.jp/profession/index.html>