

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:<br>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<br>既往歴症状<br>及び<br>治療経過<br>検査所見 |  |
| ※共同利用の場<br>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>