

平成 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

主治医名

TEL ( )  
FAX ( )

## 【受診者】

フリガナ			性 別
患 者 様 氏 名	様		男 ・ 女
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日生	( 歳 )
住 所			TEL ( )
希望日時	年 月 日( )曜日	時 分	第二希望日もお聞かせください 月 日( )曜日 時 分
当院受診の有無 (旭川医療センター)	ある		ない

## 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 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		
	平成 年 月 日	氏名 _____ 本人・代理人

※様式ダウンロード <http://www.asahikawa-mc.jp/profession/index.html>