

診療情報提供書

Ver.2020/07/19

六ツ川 加藤整形外科 加藤 武 先生 御侍史

氏名 _____ 殿

生年月日 大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断名 骨粗鬆症

紹介目的 骨密度検査目的

希望する項目にチェックをお願いします

☐ DXA法 (基本的には腰椎および左大腿骨となります)

部位指定の希望があればチェックして下さい。2カ所まで可

☐ 腰椎、☐ 右大腿骨、☐ 左大腿骨、☐ 右橈骨、☐ 左橈骨、☐ 右橈骨

☐ 単純X線像(腰椎) 検査結果は基本的に当院での説明となります。

既往歴

☐ 腰椎手術 ☐ 股関節手術

手術歴があっても金属部分は自動認識で除外されるため測定は可能ですが、若干の影響はございますので参考値となります。手術方法によっては他部位の検査となることがあります。

どちらかにチェックをお願いします。

☐ 検査結果は当院(紹介元施設)で説明

☐ 結果のみ六ツ川加藤整形外科で説明

☐ 今後六ツ川加藤整形外科での継続治療を希望

その他ご希望があればお書き下さい

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名 _____

医師 _____