

# 骨密度検査申込書

令和 年 月 日

新札幌整形外科病院 行き  
(医事課 TEL011-893-1161 FAX011-893-1158)

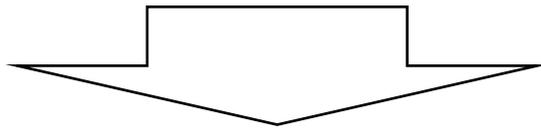
## ご紹介元 医療機関名

住所  
.....  
名称  
.....  
電話 FAX  
.....  
医師名  
.....

|        |                  |     |    |  |
|--------|------------------|-----|----|--|
| (フリガナ) |                  | 性別  | 住所 |  |
| 患者氏名   |                  | 男・女 | 電話 |  |
| 生年月日   | T S H 年 月 日 ( 歳) | 職業  |    |  |

|       |  |
|-------|--|
| 受診歴   | ※新札幌整形外科病院に受診したことがある<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし   |
| 検査希望日 | <input type="checkbox"/> 第1希望(令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 14時 <input type="checkbox"/> 15時 <input type="checkbox"/> 16時<br><input type="checkbox"/> 第2希望(令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 14時 <input type="checkbox"/> 15時 <input type="checkbox"/> 16時<br><input type="checkbox"/> 第3希望(令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 14時 <input type="checkbox"/> 15時 <input type="checkbox"/> 16時 |
| 検査結果  | <input type="checkbox"/> 患者さま手渡し → <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> 電子データ(CD-ROM)<br><input type="checkbox"/> 医療機関様へご郵送 → <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> 電子データ(CD-ROM)<br>※必要な部分をご選択ください CD-ROM作成料は別途ご請求になります  |
| 備考    |  |

新札幌整形外科病院  
FAX 011-893-1158



※骨密度検査申込書  
骨密度検査問診表  
2点をFAXしてください

|        |  |
|--------|--|
| _____様 |  |
|--------|--|

|                     |            |
|---------------------|------------|
| 検査予約日時              | 令和 年 月 日 時 |
| ※当日は検査の15分前にご来院ください |            |

※本検査申込書と骨密度検査問診表を記載の上、医事課窓口にご提出ください

# 骨密度検査問診表

令和 年 月 日

|        |                  |             |
|--------|------------------|-------------|
| (フリガナ) |                  | 性別          |
| 氏名     |                  | 男・女         |
| 生年月日   | T S H 年 月 日 ( 歳) | 身長 cm 体重 kg |

骨密度検査前の問診となります 該当項目に☑を入れてください

①今までに骨折をしたことがありますか？

- あり 『あり』と答えられた方は②の質問にお答えください  
 なし 『なし』と答えられた方は④の質問にお進みください

②骨折をした場所はどこですか？

- 背骨  
 頸椎  胸椎  腰椎
- 股関節・大腿骨  
 右  左
- その他 ( )

③骨折後手術を受ましたか？

- はい  いいえ  ④の質問にお進みください

④現在、体に金属、人工関節などは入っていますか。

- はい 『はい』と答えられた方は 下の欄に内容を記載してください  
(手術内容 )
- いいえ

※注意 検査当日までに問診内容に変更が生じた場合は、当日、お申し出ください