

## 大阪市骨粗しょう症検診 要精検者受入協力医療機関承諾書

大阪市健康局健康推進部健康づくり課長 宛

協力医療機関となることを承諾します。

平成 年 月 日

|                            |  |  |           |  |  |       |         |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--|--|-----------|--|--|-------|---------|--|--|--|--|--|
| 医療機関名                      | 医療機関コード  |  |           |  |  |       |         |  |  |  |  |  |
| 所在地                        | (〒 - )   |  |           |  |  |       |         |  |  |  |  |  |
| 電話番号                       |  |  |           |  |  | FAX番号 |         |  |  |  |  |  |
| 代表者名                       | ⑩  |  |           |  |  |       |         |  |  |  |  |  |
| 医師会加入の有無                   | 医師会加入あり  |  |           |  |  | ・     | 医師会加入なし |  |  |  |  |  |
| DXA法<br>測定可能部位の<br>すべてに○印  | 1. 腰椎  |  | 2. 大腿骨近位部 |  |  | 3. 橈骨 |         |  |  |  |  |  |
| 精密検査使用<br>機器名              | ご使用中の検査機器についてご記入ください。  |  |           |  |  |       |         |  |  |  |  |  |
| 他の骨量検査<br>機器があれば<br>すべてに○印 | A. 定量的超音波法 (QUS)<br>B. MD 法<br>C. 腰椎定量的CT法 (QCT)<br>D. その他 ( ) |  |           |  |  |       |         |  |  |  |  |  |

◆受診者が精検受診にあたって参考とするため、当てはまるものに○印をお願いします。

|                     |                                  |   |  |  |  |  |   |                   |  |  |  |
|---------------------|----------------------------------|---|--|--|--|--|---|-------------------|--|--|--|
| 受診者へ<br>情報提供<br>します | 精検受診<br>予約の有無                    | 要予約          ・          予約不要                            |  |  |  |  |   |                   |  |  |  |
|                     | 精検<br>診療科                        | 整形外科          ・          内科          ・          その他 ( ) |  |  |  |  |   |                   |  |  |  |
|                     | 診療情報提<br>供書等がな<br>くても診療<br>可能ですか | 可能  |  |  |  |  | ・ | 不可能 (診療情報提供書等が必須) |  |  |  |