

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 | F A X 番号 | | | | | |
| 代表者名 | | | | | | 印 |
| 医師会加入の有無 | 医師会加入あり | | | 医師会加入なし | | |
| D X A 法 測定可能部位の すべてに○印 | 1. 腰椎 | | 2. 大腿骨近位部 | | 3. 橈骨 | |
| 精密検査使用 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 機器があれば すべてに○印 | A. 定量的超音波法 (QUS) B. MD 法 C. 腰椎定量的 C T 法 (QCT) 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 情報提供 します | 精検受診 予約の有無 | 要予約 | | 予約不要 | |
| | 精検 診療科 | 整形外科 ・ 内科 ・ その他 () | | | |
| | 診療情報提 供書等がな くても診療 可能ですか | 可能 | | 不可能 (診療情報提供書等が必須) | |