

大阪市骨粗しょう症検診 精密検査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推進担当課長 宛

協力医療機関となることを承諾します。

令和 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							
検 査 拠 点 施 設	※参加基準（１）及び（２）該当施設の場合については記載不要						
D X A 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						
D X A 装 置 名 称	参加基準（３）該当施設の場合については記載不要						
医師会加入の有無	医師会加入あり ・ 医師会加入なし						

◆大阪市骨粗しょう症検診における精密検査目的の受診についての取扱

下表の内容は大阪市ホームページ上において「大阪市骨粗しょう症検診精密検査協力医療機関一覧」として掲載します。

また、「大阪市骨粗しょう症検診精密検査協力医療機関一覧」は精密検査対象者へ受診先選定の参考として提供します。

該当する箇所には☑してください		
担当診療科	☐ 整形外科 ・ ☐ 内科 ・ ☐ その他（ ）	
初診取扱	☐ 予約不要（診療時間内に来院）	
	☐ 要予約	☐ 受診者個人が予約可能 【予約の方法】該当するものを○で囲んでください。 ☐ 医療機関電話番号（上記記載）で受付 ☐ 初診予約専用電話で受付（TEL ） ☐ インターネットで受付
		☐ 受診者個人の予約不可（かかりつけ医などからの依頼による予約のみ）
診療情報提供書	☐ 必須 ・ ☐ 不要（大阪市骨粗しょう症検診結果の持参で受診可能）	

令和6年4月改訂