

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。

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						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)		