

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	FAX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			
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						

◆貴院精検受診時についてお聞きします。該当箇所に○もしくは必要事項を記入ください。

参加基準	(1)	(2)	(3)
DXA法 測定可能部位*	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。		
受診者へ 情報提供 します	初診時 予約の有無	要予約	予約不要
	精検担当 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	診療情報提供書等が必須
診療情報提供書等について、『あった方がよい』場合、『可』を選択ください			

参加基準(3): (1)(2)非該当もDXA(腰椎・大腿骨近位部)による診断、治療効果判定が可能な検査拠点施設と連携している医療機関は※について回答不要です。