

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。