**骨密度測定（ＤＸＡ法）依頼票**

令和　　年　　月　　日

紫波整形外科クリニック　院長　多田 広志 先生

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元医療機関の所在地 |  |
| 名　　称 |  |
| 医師氏名 | 印 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ  患者氏名 | 様 | 性別 | 男　女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年齢 | 歳 |
| 紹介目的 | 腰椎および大腿骨頸部の骨密度検査をよろしくお願いいたします。 | | |
| 依頼事項 | 以下に✓をお願いします  □骨密度の測定のみ  □骨粗鬆症の診断と治療方針の提案のみ（自院で治療を行う）  □骨粗鬆症の治療をお任せしたい  □重症度が高い※場合のみ、骨粗鬆症の診療をお任せしたい  　（重症度が低い場合は自院で治療をおこないます）  ※「重症度が高い」とは：骨折の危険性が高い場合（-3.3SD未満） | | |
| 備考 |  | | |

※患者様の受診の際には保険証・お薬手帳の持参をお願い致します。