

(別紙・骨1)

## 上尾市骨粗しょう症検診精密検査結果連絡票

フリガナ		一次検診受診番号	
氏名		一次検診受診日	令和 年 月 日
住所	上尾市	生年月日	大・昭 年 月 日

※ □欄には、レ点を記入してください。

精密検査日	令和 年 月 日			
検査方法	<input type="checkbox"/> 単純X線 ( 胸椎・腰椎 )                      脆弱性骨折の所見 ( 有・無 ) <input type="checkbox"/> DXA ( 腰椎・大腿骨 ) <input type="checkbox"/> その他の所見 (                      )			
血液検査	カルシウム	mg/dL	リン	mg/dL
	アルカリフォスターゼ	IU/L・KA		
	血清TRACP-5b	mU/dL	血清BAP	μg/L
問診	骨折歴: なし・あり                      アルコール摂取(1日3単位以上): なし・あり 現在の喫煙: なし・あり			
既往歴	甲状腺疾患: なし・あり                      胃腸の手術歴: なし・あり 糖尿病罹患: なし・あり                      ワーファリン使用: なし・あり			
検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 骨量減少 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他 (                      )			
指示区分	<input type="checkbox"/> 医療不要 <input type="checkbox"/> 要経過観察                      ]                      → <input type="checkbox"/> 他院紹介 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> その他			
特記事項				
精検実施医療機関	名称 所在地 電話 医師名			