

骨密度測定検査依頼票 (兼診療情報提供書)

(宛先)

守山いつき病院代表
FAX番号 : 052-793-3103

予約依頼日	平成	年	月	日		
医療機関名				医師名	先生	
TEL			FAX			

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成
			年 月 日
連絡先	—	—	
検査日	月	日 ()	

検査部位 : 腰椎＋大腿骨近位部

※検査実施は、仰向けの体勢が10分程度維持出来る方が望ましいです
検査値に影響が出るため、骨密度測定検査の1週間前にXバリウム検査・注腸検査を行った場合は検査を行うことが出来ません

《患者様の情報を下記に必ずご記入下さい》

・腰椎または大腿骨近位部の体内金属の有無と部位を○で囲んで下さい(分かる範囲でなるべく詳細に)

腰椎	無・有 → ()
大腿骨近位部	無・有 → 左人工関節・右人工関節・その他 ()

・前回の骨密度測定検査実施について

無・有 → (年 月 日) ※4ヶ月以上間を空けて下さい

身長: _____ cm

体重: _____ kg

検査目的	
既往歴	

※ 検査結果はCD化し、患者様用の測定結果用紙と一緒にお渡し致します。

その他特記事項等ございましたらご記入ください

--