

# 検査依頼書（骨密度測定）

検査申込日：令和 年 月 日

◆紹介元医療機関名	
・住所	
・TEL・FAX	TEL FAX
・医師名	
（ ）	
◆患者氏名（フリガナ）	
・住所	
・生年月日・性別	<input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> T・ <input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
・身長・体重	身長 cm 体重 kg
・TEL	
・当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（ID ）※ご存じでしたら患者IDの記入をお願いします。
◆測定部位	※基本的に腰椎、大腿骨近位部を測定します。 ・特に希望がある場合のみ以下の <input type="checkbox"/> に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 腰椎のみ

※以下のチェックリストにて確認をお願いします。

◆骨密度検査は初回、もしくは前回から4月を過ぎている	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ（「いいえ」の場合、保険診療外です）
◆妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（「有」の場合、検査はできません）
◆仰向けで安静を保持できる	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可（「不可」の場合、検査はできません）
◆検査前1週間以内のバリウム検査や造影剤検査、核医学検査	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（「有」の場合、検査はできません）
◆体内金属	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（「有」で腰椎・股関節の場合、検査はできません） （部位 ）
◆特記事項 ※腰椎または大腿骨に骨折、手術歴がある場合など記入をお願いします。	

※検査予約日のご記入をお願いします。

◆検査予約日時 年 月 日 午後 :