

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 :