

診療情報提供書 兼 検査依頼書（骨密度検査）

医療法人社団静和会 静和記念病院 検査担当者 宛

申込日 年 月 日

紹介元	医療機関名	電話番号	-	-
	所在地	FAX番号	-	-
	診療科	担当医		

患者様情報・検査希望日	フリガナ	性別	生年月日
	紹介患者氏名	様 ☐ 男 ☐ 女	大・昭・平・令 ☐ ☐ ☐ ☐ 年 月 日 歳
	ご住所	〒 -	
	電話番号	- -	自宅以外の連絡先 - -
	予約日時の連絡方法を選択してください	☐ 現在、外来で返信を待っている。※お急ぎの場合 ☐ 後日、紹介元医療機関から患者様へ連絡 ☐ 後日、静和記念病院から患者様へ連絡 ☐ その他()	
	受診希望日（土日祝の受診は予約できません。予約状況によってはご希望に添えない場合もございます。）		
	(第1希望)	月 日	(第2希望) 月 日 (第3希望) 月 日
	身長	cm	体重 kg
	移動	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー	体内金属 ☐ なし ☐ あり () 種類 ()
	埋込型除細動器 (ICD、CRT-D)	☐ なし ☐ あり→※腹部に埋込されている場合は腰椎骨密度検査が不可となります	

☐

結果郵送ご希望の場合はチェックを入れてください

(チェックなしの場合は、結果CD-Rは患者様に直接お渡し致します)

検査内容	検査部位	腰椎＋股関節 ☐ 腰椎＋両股関節 ☐ 腰椎＋(Rt)右股関節 ☐ 腰椎＋(Lt)左股関節 単独部位 ☐ 腰椎 ☐ (Rt)右股関節 ☐ (Lt)左股関節 ☐ 両股関節 ☐ (Rt)右前腕 ☐ (Lt)左前腕
------	------	--

- ・妊娠または妊娠している可能性のある方は、原則として検査は行いません。
- ・手術などによって検査部位に金属が入っている場合は、検査結果に影響する場合があります。