

診療情報提供書 兼 検査依頼書 (骨密度測定検査)

医療法人社団静和会 静和記念病院 検査担当者 宛

記載日 年 月 日

紹介元	医療機関名		電話番号	
	所在地		担当医	
	診療科			

患者様情報	フリガナ							
	お名前	様	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	(歳)
	ご住所	〒		TEL () -				
	検査日	月 日 ()		時	分子約			
	身長	cm		体重	kg			
	移動	独歩・車椅子・ストレッチャー		体内金属	無・有 → 部位 () 種類 ()			
	埋込型除細動器 (ICD、CRT-D)	無 ・ 有 (腹部に埋込されている場合は腰椎骨密度検査が不可)						

検査内容	検査部位	<input type="checkbox"/> 腰椎
		[腰椎 + 両股関節 ・ 腰椎 + (Rt)右股関節 ・ 腰椎 + (Lt)左股関節 ・ 腰椎のみ]
		<input type="checkbox"/> 股関節
		[両股関節 ・ (Rt)右股関節 ・ (Lt)左股関節]
	<input type="checkbox"/> 前腕	
	[(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ございます。