

検査依頼書(骨密度測定)

依頼元医療機関名:

依頼医師名:

TEL

()

予約日時:

年

月

日(

曜日)

午前・午後

時

分

フリガナ

生年月日

患者氏名

(男・女)

M・T・S・H

年

月

日(

歳)

チェックリスト

◎ 骨塩定量検査は4月に1回が限度です。

● 妊娠の有無

有・無

● 安静を確保できない可能性

有・無

● 体内金属

腰椎

有・無

大腿骨

有・無 (左・右)

● 検査実施前1週間以内にバリウムを使用する検査

有・無

備考

検査実施希望部位

☐ 腰椎・大腿骨(左・右)☐ 腰椎のみ

※ 特にご希望が無い場合は『腰椎・大腿骨(左)』を実施致します

検査結果は当日患者さまへお渡しいたします。提供媒体の指定方法を選択してください。

● 検査結果の提供媒体

① 紙媒体

② DVD

③ 紙媒体+DVD

検査申込日

年

月

日

※ 太枠内のみ記入して下さい

検査実施部位

(習志野第一病院記入)

☐ 腰椎・大腿骨(左・右)☐ 腰椎のみ

習志野第一病院では、基本的に腰椎と左側大腿骨頸部の2部位を測定します。
 腰椎の骨密度値が正常範囲でも大腿骨頸部の値が低い場合があります。

社会医療法人社団 菊田会 習志野第一病院

電話 047-454-1511

FAX 047-451-8841