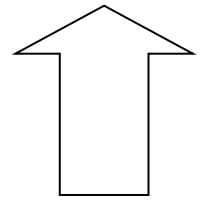


FAX 824-2872



診療情報提供書【骨密度 検査依頼票】

年 月 日

ブラザー記念病院行

紹介元医療機関名

住所

電話番号

FAX番号

依頼医師名

下記の患者さまの検査を依頼します

フリガナ		電話	
患者氏名		携帯電話	
住 所			
生年月日	大・昭・平 年 月 日 生（ 歳） 男・女		
①～⑤ の該当箇所に☑を入れてください。			
依頼内容	① ☐ 腰椎+股関節（DXA法）		
	備考欄 指示がない場合は当院で最適なプロトコルを選択します		
確認項目	② 一週間以内に造影CT・バリウム検査（胃・大腸）を受けましたか ☐ 無 ☐ 有		
	③ 腰椎に圧迫骨折がありますか ☐ 不明 ☐ 無 ☐ 有		
	④ 腹部血管や腰椎の手術をして金属が体内にありますか ☐ 無 ☐ 有		
	⑤ 大腿骨頸部骨折の手術をして金属が体内にありますか ☐ 無 ☐ 有		
	⑥ 妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか（女性の方のみ） ☐ 無 ☐ 有		
	※ ②～⑥について、全て左側に☑がある事で問題なく骨密度検査を行う事ができます		
* 結果報告書と画像データを紹介元の医療機関へ郵送いたします			
* 撮影範囲内に体内金属がある場合や腰椎の多発圧迫骨折がある場合は正確な測定結果を算出できないことがあります。当院の判断基準で検査不能の場合は検査中止させて頂く場合もありますので、予めご了承ください。			
希望日時	☐ いつでもよい 第一希望 月 日（ ） 第三希望 月 日（ ） 第二希望 月 日（ ）		