

## 骨密度測定検査依頼書

兼 診療情報提供書・照射録

紹介先医療機関名

新井病院 診療科担当医師 宛

医療法人 新井病院

〒346-0003 埼玉県久喜市久喜中央2-2-28  
TEL 0480-21-0070(放射線科 内線140)

御依頼元医療機関の所在地及び名称	令和 年 月 日
電話番号	御依頼医師 印

依頼施設ID		新井病院への受診歴	無 ・ 有
患者氏名	フリガナ	性別	生年月日
		男 ・ 女	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
住所	〒		
	電話番号	携帯	

検査日時	20 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分 ~
------	----------------------------

## 検査：骨密度測定(DEXA) 腰椎+大腿骨近位部 あるいはそのどちらか

- 検査は約10分です。仰向けの体勢で行い、体を動かさないようにして頂きます。
- 検査値に影響が出るため、骨密度測定検査前に造影剤やバリウムを使用した検査を行った場合は検査を行うことはできません。
- X線を使用する検査のため、妊娠をしている方は検査を行うことはできません。
- 今回の検査では食事、内服薬についての制限はありません。
- 検査後に解析を行います。終了後、結果のお渡しまで約15分頂きます

《患者さまの情報を下記に必ずご記入ください》

傷病名				
紹介目的・既往歴及び家族歴・症状経過・治療経過・現在の処方・備考 (詳しく御記入下さい)				
・ 腰椎・大腿骨近位部における骨折や体内金属の有無とその部位を○で囲んで下さい				
<table><tr><td>腰椎</td><td>無 ・ 有 → L 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (</td></tr><tr><td>大腿骨近位部</td><td>無 ・ 有 → L 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (</td></tr></table>	腰椎	無 ・ 有 → L 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (	大腿骨近位部	無 ・ 有 → L 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (
腰椎	無 ・ 有 → L 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (			
大腿骨近位部	無 ・ 有 → L 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (			
・ 前回の骨密度測定検査実施について ※4ヶ月以上期間を空けてください				
無 ・ 有 → ( 年 月 日 )				

新井病院 ID		検査日	令和 年 月 日
測定部位	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨近位部	撮影条件	140/110 kV 2.5 mA sec
	<input type="checkbox"/> 腰椎のみ	撮影技師	医師
	<input type="checkbox"/> 大腿骨近位部のみ		