

# 骨密度測定検査依頼書 (兼診療情報提供書・照射録)

(宛先)医療法人 新井病院  
埼玉県久喜市久喜中央2-2-28  
電話 0480-21-0070

ご紹介医療機関名(貴院名)	依頼日	年	月	日
医師名				

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

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

## 検査：骨密度測定(DEXA) 腰椎+大腿骨近位部

- ・検査実施は、仰向けの体勢で行います
- ・検査時間は約10分です 検査中は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

《患者さまの情報を下記に必ずご記入ください》

- ・腰椎または大腿骨近位部の骨折や体内金属の有無および部位を○で囲んで下さい(なるべく詳細に)

腰椎	無・有 → L 1・2・3・4・5 ( )
大腿骨近位部	無・有 → 左・右 人工関節 その他( )

- ・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 )
-----------------

検査目的	
既往歴	

※ 以下、太枠内のみ署名をお願いします。

新井病院ID	検査日	年	月	日	
測定範囲	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨近位部	<input type="checkbox"/> 腰椎のみ	<input type="checkbox"/> 大腿骨近位部のみ		
撮影条件	kV	mAs	cm	依頼医師	技師