

診療情報提供書 兼 骨密度測定（DEXA）申込書

患者氏名
生年月日 年 月 日 （ 歳）
検査日時（電話 03-6453-7306 でご予約ください）
月 日（ ） 時 分

【確認事項1】 ①～④のひとつでも該当する場合は検査をお受けすることが難しいです	
① 前回の測定から4か月以内である（保険診療の場合）	はい ・ いいえ
② 妊娠または妊娠の可能性がある	はい ・ いいえ
③ 直近4週間以内にバリウムの検査、核医学検査、造影検査を行っている	はい ・ いいえ
④ 5分程度の仰向けで安静を保持することが難しい	はい ・ いいえ
【確認事項2】 ⑤～⑥についても確認ください	
⑤ 骨折歴の有無（骨折歴がある際は部位を記入ください）	有 ・ 無
⑥ 腰椎椎体間固定術の手術歴の有無	有 ・ 無
⑦ 人工股関節置換術の手術歴の有無	みぎ有 ・ ひだり有 ・ 無
⑧ 身長・体重	cm kg

下記に臨床情報と検査目的など御記載ください

【検査部位】 依頼部位に☑してください <input type="checkbox"/> 腰椎大腿骨近位部（基本） <input type="checkbox"/> 前腕骨（副甲状腺機能亢進症の人）			
【現病歴・主訴】			
【検査目的】			
検査指示医師名 _____			
紹介元 医療機関名		住 所	電 話