

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 |