

# 検査依頼書(骨密度測定)

兼 診療情報提供書

※ 太枠内のみ記入してください

依頼元機関名

依頼医師名

予約日時

年 月 日( 曜日)

午前・午後

時

分

フリガナ

患者氏名

様(男・女)

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

## チェックリスト

- |                |     |     |
|----------------|-----|-----|
| ● 妊娠           |     | 有・無 |
| ● 安静を確保できない可能性 |     | 有・無 |
| ● 体内金属         | 腰椎  | 有・無 |
|                | 大腿骨 | 有・無 |

傷病名

既往歴等

症状経過・検査目的(できるだけ詳細に記入してください。)

現在の処方及び備考

検査結果は当日患者さまへお渡しいたします。

検査実施部位

- 腰椎・大腿骨(右・左)  
 腰椎のみ  
 大腿骨(右・左)のみ

基本的に腰椎と大腿骨頸部の両方を測定します。  
腰椎の骨密度値が正常範囲でも大腿骨頸部の値が低い場合があります。

県西総合病院 地域医療連携室

電話 0296-75-3171 (内線)788

FAX 0296-75-6525