

--	--	--	--	--	--	--

骨密度測定検査依頼書 兼 紹介状（診療情報提供書）

フリガナ

患者氏名 _____ 様 （ 男 ・ 女 ）

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者住所 _____

電話番号 _____

15 歳以下の方の検査は、
お受けしていません。

検査予約日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ ） 時 _____ 分

【ご注意】

検査台の上に 10 分程度、仰向けに寝るのが困難な方は検査を受けられません。

依頼医師は、以下の項目に該当する場合、チェックをお願いします。

1 体内金属

☐ なし ☐ あり → [股関節（左・右）、腰部、その他（ ）]

※腰部及び両股関節に金属がある場合は、検査をお受けできません。

2 女性患者の場合、妊娠の可能性

☐ なし ☐ あり → “あり”の場合は、検査をお受けできません。

3 ICD,CRT-D やメドトロニック社製 InSync8040,製造元不明ペースメーカーの装着

☐ なし ☐ あり → “あり”の場合は、検査をお受けできません。

4 脳・神経等の電気刺激装置（SCS、DBS、VNS 等）の装着

☐ なし ☐ あり → “あり”の場合は、検査をお受けできません。

〔検査依頼医療機関〕

名 称 _____

住 所 _____

医師名 _____ 診療科 _____ 科

T E L _____ F A X _____

病 名（疑いを含む） _____

〔検査目的、診断名、主症状、特別指示等をご記入ください〕