

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

# 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 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

15歳以下の方の検査は  
お受けしておりません。

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

## 【ご注意】

検査台の上に10分間仰向けに寝ますので、無理な方は検査を受けられません。

依頼医師は、以下の項目に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( ) )

※腰部に体内金属がある場合は、検査をお受けできません。

※大腿骨のみの検査は、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

電 話 \_\_\_\_\_ 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]