

信州上田医療センター
 共同利用 **骨密度測定検査**
依頼書

依頼日 平成 年 月 日

送信先

国立病院機構信州上田医療センター
 地域連携室

FAX : 0268-22-1893
 (TEL : 0268-22-1890(代))

検査希望日 月 日 ()		予約枠	月～金 火、木、金	8:30(2枠) 14:00(2枠)、14:30(2枠)
患者氏名	フリガナ	当院の受診歴 (有・無・不明) 患者ID ()		
	様			
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男	女
住所	電話 ()			
	携帯 - -			
	連絡先			

紹介元 医療機関名		TEL	-	-
所在地		FAX	-	-
医師名	先生			

※ 以下①～⑨のチェック及び記載をお願いします。
 ①～④に該当する場合は検査が出来ません。

①	造影検査	1週間以内に造影検査を行っている。(バリウムが残っていると検査が出来ません)	(有・無)
②	RI検査	1週間以内にRI検査を行っている。	(有・無)
③	体位の確保	10分程度、仰臥位で安静に寝ている事が出来る。	(不可・可)
④	妊娠	(有・無)	

< 検査方法、その他 >

- ◆ 食事制限はありません。
- ◆ 検査時間は約10分程度です。
- ◆ 検査中は仰向けの状態で、体を動かさないようにして頂きます。
- ◆ 読影レポートはありません。
 検査結果は当日、患者さんにお渡します。

⑤	体内金属の有無	(有・無)	具体的に記入をお願いします
---	---------	-------	---------------

⑥ 身長 cm ⑦ 体重 kg

測定部位	⑧ 測定部位に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい		⑨ 診断名・検査目的
	<input type="checkbox"/>	腰椎 + 右 大腿近位部	
	<input type="checkbox"/>	腰椎 + 左 大腿近位部	
	<input type="checkbox"/>	腰椎 + 両 大腿近位部	