

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 | |