

骨密度検査申込書・問診票(DEXA連携システム用)

年 月 日

紹介先 医療機関

医療法人社団 我汝会えにわ病院 放射線科 検査担当 宛
〒061-1449 恵庭市黄金中央2丁目1-1 TEL:0123-33-2333 FAX:0123-35-2840

紹介元 医療機関

名称 _____
住所 _____
電話 _____ FAX _____
担当医師 _____

検査依頼 患者情報

かな _____
氏名 _____ (男 ・ 女) _____
住所 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
電話 _____ えにわ病院受診歴 (なし ・ あり) _____

検査希望日

検査日時は原則、火曜:AM10:00~11:00 金曜:14:30~15:30 となります

第1希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)
第2希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)
希望日なし _____

検査前確認項目

測定部位は原則、腰椎および片側の大腿骨(股関節)の2部位で行います

傷病名	骨粗鬆症	骨粗鬆症(疑い)
骨折の既往	・今まで腰椎・股関節の骨折の経験はありますか? (なし ・ あり) ・骨折した部位はどこですか? 腰椎 股関節・大腿骨頸部 (右 ・ 左)	
	・手術をして現在金属が入っていますか? (入っていない ・ 入っている)	
	※検査画像データ(CD-R)希望の場合は下記にチェックマークを入れてください。 検査画像データ希望	
備考欄		