

骨密度検査申込書

【FAX番号】 医療法人社団我汝会えにわ病院
0123-35-2840

依頼日：令和 年 月 日（ ）

●医療機関名

名称	
住所	〒 _____
担当医師	
電話番号	
FAX	

●患者様情報

フリガナ		性別	
氏名		男	女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	才	
住所	〒 _____		
電話番号			

●検査希望日 検査は、月曜日の14:30～15:30・金曜日の10:00～11:00となります。
希望日なしの場合は○をつけてください

第1希望日：令和 年 月 日（ ）	
第2希望日：令和 年 月 日（ ）	
第3希望日：令和 年 月 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	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の疑い
骨折の既往	今まで腰椎・大腿骨（股関節）の骨折の経験はありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ありの方にお伺いします 骨折された部位は、どちらになりますか <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨（股関節） <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 手術を行い、体内に金属が入っていますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり