



骨密度検査(DEXA 法)依頼書(診療情報提供書書)

紹介先医療機関名

NHO まつもと医療センター 放射線科

地域医療連携室

TEL:0263-86-2812

FAX:0263-86-2816

予約日の1～2日前までに本書の FAX をいただくと助かります。

氏名:	様 男・女	紹介元医療機関名	
生年月日	T・S H・R 年 月 日 才	貴科名	ご担当医師
住所:		科	医師
TEL:		検査予定日時:	年 月 日 時 分

【検査部位】

該当項目に☑をつけてください。

腰椎+大腿骨近位部 (原則は右大腿骨近位部)

腰椎

【病名】

【検査目的】

【確認事項】撮影部位に金属がある部位(腰椎又は大腿骨)は測定できません。

腰椎または大腿骨近位部の体内金属の有無と部位を○印で囲んでください。

◇腰椎: なし・あり→ ()

◇大腿骨近位部: なし・あり→ (右・左)

【注意事項】

◇5分程度、仰向けに寝ることができない場合は、検査が受けられません。

◇前回検査から4ヶ月以上空けてください。

◇腰や大腿周囲にボタンや金属がある服の場合は、着替えをしていただく場合があります。