

骨密度測定 検査 依頼票

医療機関名 _____ 医師名 _____

フリガナ

患者氏名 _____

男・女 生年月日 年 月 日

◆ 検査部位

腰椎 + 大腿骨頸部 腰椎 大腿骨頸部

以下の場合、骨密度を測定することができません

腰椎 測定部位 (L2~4) で圧迫骨折や脊椎変形による骨硬化像がある

腰椎 動脈硬化による大動脈石灰化が著明である

大腿骨頸部 人工関節など手術歴がある

◆ 検査目的

安全な検査を行うために必ず記入してください

◆ 体内電子機器 ペースメーカーなど 【有・無】

◆ 妊娠の可能性 【有・無】

◆ その他 ()

患者情報 (難聴・片麻痺など)

()

玉造病院

使用欄 検査日時 年 月 日 ID 技師名