

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 _____