

骨密度測定検査依頼書

依頼元機関名	電話番号	依頼医師名
予約日時	検査開始時間	年 月 日 (曜日) 来院時間
		午前 ・ 午後 午前 ・ 午後
		時 分 時 分
フリガナ		
患者氏名	様 (男 ・ 女)	生年月日 年 月 日
筑西市民病院受診歴		無・有 ID
県西総合病院受診歴		無・有 ID
茨城県西部メディカルセンター受診歴		無・有 ID
チェックリスト		
●安静を確保できない可能性		有 ・ 無
●妊娠		有 ・ 無
●体内金属	腰椎	有 ・ 無
	大腿骨 (R ・ L)	有 ・ 無
●測定部位の骨折		有 ・ 無
傷病名		
既往歴等		
症状経過・検査目的		
現在の処方及び備考		
備考		

※特別なご指定が無い場合、腰椎と左大腿骨頸部の両方を測定します。

※測定部位に体内金属や骨折がある場合、それを避けて測定します。

※測定結果は当日プリントアウトして患者さんへお渡しします。

茨城県西部メディカルセンター 地域医療連携室

電話 0296-24-9111(代表)

FAX 0296-24-9115(直通)