

## 骨密度測定検査依頼書 兼 紹介状 (診療情報提供書)

フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女)

生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

15歳以下の方の検査は、  
お受けしていません。

検査予約日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) 時 \_\_\_\_\_ 分

### 【ご注意】

検査台の上に10分程度、仰向けに寝るのが困難な方は検査を受けられません。

依頼医師は、以下の項目に該当する場合、チェックをお願いします。

#### 1 体内金属

なし あり → [ 股関節 (左・右)、腰部、その他 ( ) ]

※腰部及び両股関節に金属がある場合は、検査をお受けできません。

#### 2 女性患者の場合、妊娠の可能性

なし あり → “あり”の場合は、検査をお受けできません。

#### 3 ICD、CRT-D やメドトロニック社製 InSync8040、製造元不明ペースメーカーの装着

なし あり → “あり”の場合は、検査をお受けできません。

#### 4 脳・神経等の電気刺激装置 (SCS、DBS、VNS 等) の装着

なし あり → “あり”の場合は、検査をお受けできません。

#### 5 持続血糖測定器、インスリンポンプの装着

なし あり → “あり”の場合は、検査前に必ず取り外しをお願いします。

### 〔検査依頼医療機関〕

名 称 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_ 科

T E L \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

病 名 (疑いを含む) \_\_\_\_\_

〔検査目的、診断名、主症状、特別指示等をご記入ください〕