

脳卒中・神経脊椎センター 患者ID

--	--	--	--	--	--	--	--

EOS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 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者住所 _____

電話番号 _____

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

[検査依頼医療機関]

名 称 _____

住 所 _____

医 師 名 _____ 診 療 科 _____ 科

電 話 _____ 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]

[検査部位をご指定ください]

全脊椎(骨盤を含む) 下肢(骨盤～足部) 全身(全脊椎+下肢)

[撮影方法]

立位 座位 立位+座位

※ 本依頼書の他、『EOS検査確認項目票』についても併せてFAXをお願いします。

2枚目あり

患者氏名

脳卒中・神経脊椎センター 患者ID

--	--	--	--	--	--	--

EOS検査 確認項目票

[依頼医師確認事項]

以下の項目の該当箇所にチェックをお願いします。

1 介助なしで、3分程度の立位保持

可能 可能でない

2 介助なしで、3分程度の座位保持

可能 可能でない

3 脊椎数の異常・椎体の先天性奇形

(半椎、二部脊椎、大腿骨頭部の形成不全等)

ない ある

4 骨折・線維軟骨仮骨・脊椎すべり症・脊椎分離症・骨棘形成

ない ある

5 手術による骨の形状に大きな変化のある骨

ない ある

6 人工関節置換術の実施

ない ある

(具体的に: _____)

[ご注意]

- 上記項目の”ある”にチェックがある場合、撮影は行えますが、3D解析測定をすることができません。
- 次の場合は3D解析測定適応外ですのでご了承ください。
 - ・7歳未満の脊椎3D解析測定
 - ・骨年齢15歳未満の全身及び下肢3D解析測定
- 女性の場合、妊娠の可能性がないことをご確認いただき検査をご依頼ください。

【該当があれば記入してください】

埋め込み型除細動器 : ある ない

※“ある”にチェックがある場合は、下肢(骨盤～足部)のみの検査となります。
全脊椎、全身の検査はお受けできません。