

検査依頼書(骨密度測定) 兼 診療情報提供書

依頼元機関名		依頼医師名										
予約日時	年	月	日(曜日)									
		午前・午後	時 分									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">フリガナ</td> <td style="width: 15%; padding: 5px;">生年月日</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">患者氏名</td> <td style="padding: 5px;">様(男・女)</td> <td style="padding: 5px;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">明治 大正 昭和 平成</td> </tr> </table>				フリガナ	生年月日		患者氏名	様(男・女)	年 月 日			明治 大正 昭和 平成
フリガナ	生年月日											
患者氏名	様(男・女)	年 月 日										
		明治 大正 昭和 平成										
チェックリスト												
<input checked="" type="radio"/> 妊娠	<input type="checkbox"/> 無 妊娠中・妊娠の可能性のある方はお断りしています											
<input checked="" type="radio"/> 2週間以内のバリウム検査	<input type="checkbox"/> 無 バリウム検査から2週間以上空けてのご依頼をお願いします											
<input checked="" type="radio"/> 体内金属	腰椎	有 ・ 無										
	大腿骨	有 (右・左) ・ 無										
大腿骨に関して、基本は左側を測定しますが、体内金属がある場合のみ右側を測定します												
腰椎にボルト固定が施されていても、影響の受けない椎体のみで測定することも可能です												
<p style="margin: 0;"><u>検査コメント欄</u> (検査についてコメントがあればご記入ください)</p> 												
※検査予約時間の30分前を目安にご来院ください												

【撮影部位について】
 腰椎と大腿骨頸部の両方を測定します

【検査結果について】
 検査結果用紙以外にCD-Rを希望される場合は、チェックを入れてください
 CD-R