

骨塩定量検査受診依頼票

蒲郡市民病院

平成 年 月 日

蒲郡市平田町向田1番地1

会員施設名

医師名

放射線科

FAX・TEL

受診者	ふりがな		明・大・昭・平	年	月	日生
	氏名		(歳 か月)			男・女

受診日 【予約受付時間：平日 8:30～19:00】

月	日	曜日	時頃	FAXの前にまず地域医療連携室66-2307に、電話連絡をしてください。
---	---	----	----	--------------------------------------

ご依頼検査

■骨塩定量検査【DEXA法】 ※Discovery QDR SERIES

・身長： cm ・体重： kg

測定部位（選択してください）

- | | |
|------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 腰椎（正面） | ※検査時間：約15分程度 |
| <input type="checkbox"/> 腰椎（正面、側面） | ※検査時間：約20分程度 |
| <input type="checkbox"/> 大腿骨（右頸部） | ※検査時間：約15分程度 |
| <input type="checkbox"/> 大腿骨（左頸部） | ※検査時間：約15分程度 |
| <input type="checkbox"/> 右前腕骨 | ※検査時間：約15分程度 |
| <input type="checkbox"/> 左前腕骨 | ※検査時間：約15分程度 |

検査履歴（ご記入ください）

初回	・	回目（前回検査日： 年 月 日
アイソトープ検査歴	無	・ 有（ 年 月 日）
異物	無	・ 有（ ）
骨折	無	・ 有（ ）

〔依頼上の注意〕

- ・以下のような場合は、検査結果に影響を与えることがあります。
造影剤（バリウム、ヨード系）使用后、アイソトープ検査後、ペースメーカー骨インプラント等、大動脈石灰沈着など。
- ・食事、服薬に関して制限はありません。
- ・コルセット等は外していただきます。

○検査当日、本用紙、「紹介患者依頼票」、市民病院の診察券（お持ちの方）を「地域医療連携室窓口カウンター」へ提出してください。