

骨塩定量検査受診依頼票

令和 年 月 日

蒲郡市民病院

蒲郡市平田町向田1番地1

医療機関名

放射線科

医師名

FAX ・ TEL

フリガナ		男 女	現住所	
氏名 (旧姓)	()			
患者ID (診察券番号)				
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		電話番号	

受診希望日

第一希望日 月 日 曜日	第二希望日 月 日 曜日
-----------------	-----------------

ご依頼検査

■骨塩定量検査【DEXA法】 ※QDR-SERIES (Hologic社製)

・身長：_____ cm ・体重：_____ kg

測定部位 (選択してください)

- 腰椎 (正面) ※検査時間：約10分程度
 腰椎 (正面、側面) ※検査時間：約15分程度
 大腿骨 (右頸部) ※検査時間：約10分程度
 大腿骨 (左頸部) ※検査時間：約10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)
アイソトプ検査歴	無 ・ 有 (年 月 日)
異物	無 ・ 有 (年 月 日)
骨折	無 ・ 有 (年 月 日)

〔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) 使用後、アイソトプ検査後、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、予約票、市民病院の診察券 (お持ちの方) を
「患者支援センター 紹介患者受付」へ提出してください。