

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

腰椎 (正面) ※検査時間: 約15分程度
 大腿骨 (右頸部)
 大腿骨 (左頸部)

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。