

# 診療情報提供書（骨密度検査予約依頼票）

東京北医療センター 地域連携センター あて

FAX送信・病院提出用

FAX 03-5963-3313

フリガナ		年 月 日
患者様氏名	様	医療機関名
生年月日	大 昭 平 令 年 月 日 [ 歳 ]	御住所
性別	男 ・ 女	電 話
当院診察券番号	有 ( ) ・ 無	F A X
検査日時	年 月 日 午前・午後 時 分	御担当医

※検査日は月曜～木曜の午後となります

**【病名】**

  
  
  

**【主訴及び臨床所見】**※できるだけ詳しくご記入ください。身長・体重は必ずご記載下さい。

  
  
  

身長：                      体重：

**【検査目的】**

**●検査部位：腰椎＋大腿骨近位部**

※検査実施は、仰向けの体勢が10分程度維持出来る方が望ましいです

検査値に影響が出るため、骨密度測定検査の前にXバリウム検査・注腸検査を行い、残存の可能性がある場合は検査を行うことが出来ません

以前に骨密度検査を行った方は、4カ月以上期間を開けるようお願いします

## チェックリスト(有無、可否に○をお願いします)

○妊娠の有無(有の場合は検査不可)	有 ・ 無	
○体勢維持ができない可能性	有 ・ 無	
○体内金属の有無	腰椎	有 ・ 無
	大腿骨	有( 右 ・ 左 ) ・ 無
●上記を踏まえた検査の可否	可 ・ 否	

東京北医療センター 地域連携センター

受付時間 平日 8:30～17:00 土曜日 8:30～12:30

直 通 TEL 03-5963-3421

FAX 03-5963-3313