

# 骨密度測定検査申込書

申請日：平成 年 月 日

◆下記の太枠内をもれなくご記入ください。

◆骨密度測定検査 予約日時（お電話でご予約された日時をご記入ください）

年	月	日	曜日	時	分
---	---	---	----	---	---

◆お申し込みの医療機関情報 (ゴム印可)	◆ご紹介いただく患者様情報										
医療機関名	フリガナ										
所在地	氏名										
	性別 男 ・ 女										
	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日										
TEL FAX	住所 〒										
医師氏名	電話番号										
	当財団での受診歴 あり ・ なし										
◆検査結果データのCD作成	患者番号※										
CDデータ 必要（¥550：税込）・不要 必要事項に○をつけてください	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

※ 当財団の診察カードに記載されています

◆骨密度測定検査確認事項

腰椎又は大腿骨近位部の骨折や体内金属の有無及び部位を○で囲んでください	
腰椎骨折：	なし・あり L1・2・3・4・5
大腿骨近位部骨折：	なし・あり 左・右 人工関節 その他（ ）

- 腰椎及び大腿骨の2部位のDXA法を実施します。
- 解析結果を出力し、当日結果を患者様にお渡しいたします。
- 検査をご受診できない方
  - ・ 妊娠中及び妊娠の可能性のある方
  - ・ 仰向けで寝ることができない方、単独歩行できない方（車椅子、ストレッチャー等を使用されている方）
  - ・ 検査予定日の1週間以内にバリウム検査やその他造影剤検査、アイソトープ検査を受けられた方
  - ・ 保険診療での骨密度測定（検査の種類にかかわらず）から4ヶ月を過ぎていない方



<ご予約・お問合せ>

総合健診センター 診療部医事課

TEL 043-246-8664

FAX 043-246-8694