

骨密度検査委託業務 予約申込 FAX 用紙

ふりがな			
患者氏名	男 女		
生年月日	M・T・S・H	年	月 日
住 所			
電話番号	() -		
ID 番号	市立三次中央病院の診察券をお持ちの方 - -		
移動方法	☐ 単独歩行可 ☐ 歩行可(要介助) ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー		
身長	cm		
体重	kg		
体内金属	☐ 無 ☐ 有 腰椎付近 / 股関節(左・右)		
妊 娠	☐ 可能性有(リスクについてご説明ください) ☐ 無		
前回測定日 ※診療報酬の算定は、検査の種類にかかわらず4ヶ月に1回に限ります。 ☐ 有 (年 月 日 DEXA 法・MD 法・SEXA 法等・超音波法) ☐ 無			

お申込日: 年 月 日

検査名 骨塩定量検査(DEXA 法による)
検査部位 ☐ 腰椎 + 大腿骨 ☐ 腰椎のみ
希望日(時間は 14:30 or 15:00 となります) ① 月 日 () ② 月 日 () ③ いつでもよい
《検査の適用外》 以下該当する方は検査が受けられません。 ☐ 妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方 ☐ 仰向けに寝ることができない方 ☐ 腰椎及び両方の股関節に金属が入っている方 《条件付き適用》 検査可能ですが、注意を要します。 ☐ 高リン血症治療薬を服用中の方 検査に影響を与える可能性があるため、1 週間程度の休薬を推奨します。 ☐ 取り外しが不可能で検査部位(腰、股関節)にかかる可能性のもの(手術用器具等) 検査に影響を与える可能性があるため、手術歴等の確認をお願いします。 ☐ インスリンポンプや自動注入器等の聞きを着着されている方は、予約時にご相談ください。 ☐ 検査日より 1 週間以内に、バリウム検査・核医学検査を受けられた方は、1 週間程度、期間をあける必要があります。

紹介元医療機関

◎所在地・名称・紹介医師名をご記入ください

(電話番号)

(FAX 番号)