

令和 年 月 日

秋田厚生医療センター FAX番号 018-857-2324

紹介患者用

## 骨密度測定・腰椎単純X線検査申込書（兼）診療情報提供書

ふりがな	性別 : 男 ・ 女
患者名	明・大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)
紹介元医療機関名 主治医名	
病名  _____	
検査項目 (依頼したい項目にチェックをお願いします。)	
<input type="checkbox"/> 骨密度測定 (ガイドラインより、腰椎および左股関節を測定)	
<input type="checkbox"/> 腰椎単純X線検査 2R (正面+側面)	
_____	
※測定部位(腰椎・左股関節)に金属があると測定できません。また同部位に骨折の既往がある場合、正しい測定が行えない可能性があります。 該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。(詳細は別紙フローチャートをご確認ください。)	
<input type="checkbox"/> 金属がある <input type="checkbox"/> 骨折の既往がある	
【注意事項】	
※体動が著しい方、円背があり仰臥位が困難な方は検査が行えない可能性があります。	
※妊婦・妊娠の可能性のある方は測定できません。	

病院使用欄

検査日 令和 年 月 日 PM

患者ID番号

【お問い合わせ】 秋田厚生医療センター 地域医療連携室 TEL 018-880-3050