

骨密度測定検査依頼書(診療情報提供書)

記入日: 年 月 日

町田市民病院
放射線科 宛
FAX:042-722-2290
受付:平日9時~16時30分
(受付終了後は翌業務日対応)

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
医師名	

ふりがな		当院受診歴	あり ・ なし	わかれば診察券番号
患者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	
電話番号		性別	男 ・ 女	
検査区分	骨密度			
都合の悪い日	※ご都合の悪い日があればご記入ください			

部位	☐ 腰椎 + 左(ひだり)大腿骨頸部 ※当院では通常この組み合わせで測定します	☐ 腰椎のみ ☐ 左(ひだり)大腿骨頸部のみ ☐ 右(みぎ)大腿骨頸部のみ ※下記をご確認のうえ適宜ご選択ください
	☐ 腰椎 + 右(みぎ)大腿骨頸部 ※左(ひだり)大腿骨頸部および周辺に金属等がある場合等	
病名		
検査目的 病歴等		

腰椎インプラント	あり・なし	腰椎の手術による金属がある場合は腰椎の検査ができません
股関節インプラント	あり・なし	股関節の手術による金属がある場合は当該箇所の検査ができません
測定部位周辺のインプラント	あり・なし	測定部位周辺にインプラント(人工血管、クリップなど)がある場合は検査ができません
3日以内のバリウム検査	あり・なし	3日以内にバリウム検査を受けている場合は検査ができません
同日のヨード造影検査予定	あり・なし	同日検査前にヨード造影検査(造影CTなど)を受けた場合は検査ができません
2週間以内の核医学検査	あり・なし	2週間以内に核医学検査を受けている場合は検査ができません

妊娠	あり・なし	ありの場合は検査を行うことができません
糖尿病関連器材	あり・なし	☐ リブレ ☐ インスリンポンプ → ☐ 撮影前に外すことを了承した 撮影時に器材を外せない場合、検査を行うことができません
脳深部刺激装置 脊髄刺激装置	あり・なし	ありの場合は撮影時に装置の電源をオフにさせていただきます (電源をオフにするためのコントローラーが必要になります)
その他の体内金属	あり・なし	(※撮影できない場合がありますので不明な場合はお問い合わせください
【備考】		