

# 骨密度検査依頼書（貴院控え）

フリガナ

氏名

検査予定日

年 月 日 ( )

生年月日

年 月 日

時間

午前 ・ 午後 時 分

性別

男 ・ 女

体内金属	腰椎 (無 / 有)	御 依 頼 元	医療機関名
	大腿骨 (無 / 有 ⇒ 右 ・ 左)		診療科 主治医
身長 cm / 体重 kg	電話 ( ) -		

- 1、水曜日の午後のみ検査予約を受け付けております。
- 2、基本的に腰椎と左股関節にて計測します。計測部位付近にインプラントが埋め込まれている場合には、上記【体内金属】の欄にご記入ください。  
前腕は、腰椎や股関節にインプラントがある場合、回避的に使用することがあります。
- 3、患者さまにはプリントアウトした結果をお渡しいたします。同時に御依頼元先生用のCD-Rをお渡しして診察時にお持ちいただくようお願いいたします。

## 骨密度検査依頼書（患者様用）

フリガナ

氏名

検査予定日

年 月 日 ( )

生年月日 年 月 日

時間

午前 ・ 午後 時 分

性別 男 ・ 女

体内金属	腰椎 (無 / 有)	御 依 頼 元	医療機関名	
	大腿骨 (無 / 有 ⇒ 右 ・ 左)		診療科	
身長 cm / 体重 kg	主治医		電話 ( ) -	

◀検査を受けられる方へ▶

検査当日は**保険証、本用紙、主治医から預かった用紙一式（封筒）**を必ずご持参の上、**予約時間の20分前までに当院受付までお越しください。**また、検査の取り消し・予約日時変更等の場合は、早めにご連絡ください。

