

骨密度（骨塩定量測定）検査 予約申込書

申込み年月日： 年 月 日

重要 患者さんに検査の必要性を説明し、同意を得ましたので、この予約申込書を送ります。

依頼先	FAX (058) 248-9334		依頼元		病院・医院	
	岐阜県総合医療センター 地域医療連携部 直通 TEL (058) 249-0017				科 医師	
フリガナ			電話		FAX	
氏名	(旧姓)	男 女	生年月日	西暦	年 月 日	年齢 才
当院受診歴	あり (年頃) ・ なし		電話	()		
当院患者No.	↓					
住所	〒					
保険者番号				資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	
記号・番号				有効期限	令和 年 月 日	
診断名または症状： <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症疑い <input type="checkbox"/> その他 () 希望撮影部位： <input type="checkbox"/> 腰椎・股関節の2部位測定 <input type="checkbox"/> 股関節のみ <input type="checkbox"/> 腰椎のみ * 通常は腰椎・股関節の2部位測定です。下記留意事項を参照の上、いずれかにチェックしてください。 身長：() cm 体重：() kg 移動方法： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> ストレッチャー使用 <input type="checkbox"/> その他 () 患者情報： <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 聾啞 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 日本語理解困難 <input type="checkbox"/> 付添いが通訳可 <input type="checkbox"/> 感染症 希望する検査年月日： <input type="checkbox"/> 希望なし * 時間帯は午後のみです。 <input type="checkbox"/> 第1希望 年 月 日 <input type="checkbox"/> 第2希望 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 ※ 検査当日、患者さんに結果を2部（患者さん用、かかりつけ医への報告用）お渡します。 当院からの郵送はいたしませんので、患者さんよりお受け取りいただき、結果説明をお願いします。						
【留意事項】 * 以下の場合、検査を行うことができません。 ・ 検査部位に金属（インプラント、スクリュー、血管ステント等）がある方 ◆ 腰椎金属に関しては、2健常椎体があれば測定可能。それ以下の場合は股関節のみでの測定となる。 ◆ 股関節金属に関しては、両側金属ありの場合は股関節での測定不可。腰椎のみでの測定となる。 ・ 圧迫骨折、石灰化沈着が4椎体以上ある方 ・ 年齢が10代の方（参考値しか測定できないため） ・ 1週間以内にバリウム検査を受けた方 ・ 仰臥位で15分間、整位することが困難な方 ・ 妊娠中の方 ・ 1週間以内に核医学検査を受けた方 （使用核種により、期間延長の場合もあります）						
【事前にお知らせいただきたい事項】 * 該当の場合、 <input type="checkbox"/> にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> ご自身で段を上がって検査台に寝ることができない。ご自身での体位変換が困難。 <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い、痛みがある等、注意して対応すべき部位がある。 <input type="checkbox"/> ペースメーカーを埋め込みされている。 <input type="checkbox"/> 持続血糖測定センサー（リブレ等）を取り外せない。						

予約枠名：病診骨密度 予約控

予約日	：	年	月	日 ()	午後	時	分
-----	---	---	---	-------	----	---	---