医療法人財団康生会　たけだ膠原病リウマチクリニック　宛

FAX送信先:075-351-8448

骨密度測定検査依頼書

検査申込日:　　年　　月　　日

検査予約日時　　年　　月　　日(　　曜日)　　時　　分

※予約日時のご記入をお願いします。

○紹介元医療機関

医療機関名	
診療科・医師名	
住所(〒　　-　　)	
TEL:　　FAX:	

○患者様情報

氏名			
生年月日　　年　　月　　日(　　歳)　　性別　男　・　女			
住所(〒　　-　　)			
連絡先　自宅:　　-　　-　　携帯:　　-　　-			
身長　　cm　/　体重　　kg			
当院受診歴　無　・　有　(ID番号:　　)※わかりましたらご記入をお願いします			
①骨密度測定検査は初回または前回の検査から4カ月を過ぎている		□はい	□いいえ
②女性の方で妊娠の可能性		□なし	□あり
③仰向けで安静が保てる		□可能	□不可
④1週間以内に造影剤を使用した検査を受けていない		□はい	□いいえ
⑤体内金属の有無 (有の場合は検査不可の可能性がありますので、お電話にてご確認ください)	□無し	□有り	腰椎　・　大腿骨(　R　・　L　) その他(　　)
⑥その他特記事項(手術歴等) ※腰椎・大腿骨に骨折、手術歴がある場合は必ずご記入ください			
⑦検査目的の傷病名			

◎測定部位　【　腰椎　および　大腿骨近位部　】　※基本は「腰椎、大腿骨近位部」を測定します

その他、測定部位の希望があればご記入ください→【　　】

◆検査結果のお渡し方法(　郵送　・　患者持ち帰り※医師宛に封書　) ○をつけてください

医療法人財団康生会 たけだ膠原病リウマチクリニック

〒600-8216
京都市下京区木津屋橋通新町西入東塩小路町606-3-2
三旺京都駅前ビル1階
TEL075-351-8282　FAX075-351-8448

武田病院グループ