

泉大津急性期メディカルセンター
骨密度測定(DEXA法)依頼書 (兼) 診療情報提供書

年 月 日

放射線科 担当医 先生

医療機関名

医師名

印

フリガナ		男 ・ 女 様	生年月日	大正・昭和・平成・令和		
患者氏名				年 月 日	生まれ (歳)
住 所	〒 -			TEL		
傷病名						
紹介目的	骨密度測定依頼					
<既往歴・家族歴/経過及び検査結果/現在の処方等々>						
下記問診のご記入をお願いします						
身長： cm 体重： kg						
今回の検査は (初回 ・ 2回目以降)						
腰椎の手術をされたことはありますか。 (なし ・ あり)						
股関節・大腿骨の手術をされたことはありますか。 (なし ・ あり 右 ・ 左)						
※人工物や金属が入っている部位の測定はできません。						
※確認のため初回時にレントゲンを1枚撮影させて頂く場合がございます。						

【予約項目】

骨密度測定 (DEXA法)

ご希望日があればご記入下さい

地域医療連携室 〒595-0031 大阪府泉大津市我孫子97-1

TEL 0725-58-8235 FAX 0725-58-8238

2024年12月1日作成