

診療情報提供書（骨密度検査依頼書）

■ 患者情報

カナ		生年月日	/ / (歳)
氏名			
住所		連絡先	自宅：
			携帯：
紹介先：		紹介元：	
独立行政法人 地域医療機能推進機構		住 所：	
福岡ゆたか中央病院 放射線科		電 話：	
直通 0949-26-3710		医 師 名：	
Fax 0949-26-3721			

■ 診療情報

紹介目的：
既往歴：
症状経過・検査及び治療計画：

骨密度検査依頼内容

検査日時： 年 月 日 AM・PM :

【特に指示がない場合は、次のように撮影を行います】

- ・ 基本的には腰椎+左股関節の撮影を行います
- ・ 左股関節に人工関節など金属がある場合は、腰椎+右股関節の撮影を行います
- ・ 両股関節に金属がある場合は、腰椎のみの撮影を行います
- ・ 腰椎に金属がある場合は、撮影した後金属を除去した解析を出します

金属類確認事項	股関節	右 ☐ 有 ☐ 無	左 ☐ 有 ☐ 無
	腰 椎	☐ 有 ☐ 無 (内容)	

その他特記事項	(ご要望などありましたら記入をお願いします)
---------	------------------------

読影結果	☐ 当日持ち帰り ・ ☐ 郵送
------	--