令和　　年　　月　　日

小倉整形外科
TEL:022-796-4355　FAX:022-796-4360

骨密度検査依頼書　　兼　診療情報提供書

予　約　日　時	依頼元	医療機関名:
令和　　年　　月　　日(　　)		
午前　・　午後　　時　　分		医師名:
＊予約時間20分前まで受付を済ませてください。 ＊日時に不都合な場合は連絡ください。		TEL:　　－　　－ FAX:　　－　　－

フリガナ		
患者様氏名		□男　□女
生年月日	T・S・H　　年　　月　　日(　　歳)	
連絡先電話番号	－　　－	(携帯)　　－　　－
貴院診断名(主なもの)		
ステロイド内服薬	□あり(　　)　□なし	
定期的検査の希望	□あり(　半年ごと、　1年ごと　)　□なし	

＊検査結果は当日患者様にお渡しします。提供媒体を選択してください。

検査結果の媒体	□紙媒体	□CD	□紙媒体＋CD
X線写真所見(圧迫骨折等)	□要	□不要	

当院では　HOLOGIC社製　Horizon Wi　を使用しています。
骨密度検査(DEXA)は腰椎と左側大腿骨近位部の2箇所を測定します。

HOLOGIC社Horizon Wi

<<患者様注意事項>>
・検査前に腰椎と股関節のX線撮影をします。
・検査は仰向けの態勢で、10分くらいかかります。
・妊娠中または可能性のある方は検査できません。
・検査前、1週間以内にバリウム検査を受けた方は後日になります。
・検査には食事や内服薬の制限はありません。