

うえだ下田部病院オープン検査予約票

1枚目(貴院控え・FAX用)

(兼・診療情報提供書)

予約電話番号 070-2451-4324 放射線科直通

FAX番号 072-673-8656

ご依頼施設名 TEL () -	ご依頼医師名
(ふりがな) 患者さま氏名 TEL () - <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (西暦) 年 月 日
検査予約日時 西暦 年 月 日	午前 時 分

骨密度検査

原則、検査受付時間は13:30~15:00頃になります。

午前中の検査をご希望の際はご相談下さい。

測定部位 【希望検査部位にチェックをお願いします】

- 腰椎 + 大腿骨近位 (股関節)
- 腰椎 + 大腿骨近位 (股関節) + 全身骨(体組成)
- 腰椎
- 大腿骨近位 (股関節)

骨密度検査にあたり、下記の事項を確認の上ご記入下さい

身長() cm 体重() kg

腰椎、股関節に固定具や人工関節などはありませんか？

腰椎固定具： 無 有 ()

人工股関節 無 有 ()

全身骨(体組成)を受けられる方

ペースメーカー 無 有 (検査不可)

※ 検査実施において、仰臥位での体制(10~20分程度)を維持することが必要です。

※ 検査値に影響が出るため、検査前の1週間に胃・大腸(バリウム)等の**造影検査**を行った場合は検査を行う事ができません。

※ 妊娠をされている方もしくはその疑いのある方は検査は受けられません。

医療法人 健和会 うえだ下田部病院

1枚目コピーを封筒に入れていただき、2枚目と一緒に患者さまにお渡しください。

尚、1枚目はご依頼元控えとしてください。

