

柏崎総合医療センター 骨密度検査申込書

患者サポート室

TEL 0257-23-2165(代表)

FAX 0257-21-5520(直通)

医院・診療所

病院・クリニック

医師名 _____

フリガナ				生年月日	明・大・昭・平			
氏名	旧姓	姓	男 女	年	月	日	歳	
住所	〒			電話	() - ()			

検査予約月日・時間	年	月	日 (曜日)	時	分
-----------	---	---	--------	---	---

* 保険証及び公費等医療証をFAXしていただければ保険情報の記入は不要です

保険者番号		医療証負担者番号	
保険証記号・番号		医療証受給者番号	
被保険者区分	本人 ・ 家族	負担割合	割

検査を受けられる方へ

骨密度測定(DEXA) 腰椎+大腿骨近位部

- ・検査実施は、仰向けの体勢で行います。
- ・検査時間は約10分です。検査中は体を動かさないようにして頂きます。
- ・検査値に影響が出るため、骨密度測定検査前に造影剤やバリウムを使用した検査を行った場合は検査を行うことができません。
- ・X線を使用する検査のため、妊娠をしている方は検査を行うことができません。
- ・今回の検査では食事、内服薬についての制限はありません。

《患者さんの情報を下記に必ずご記入ください》

・腰椎または大腿骨近位部の骨折や体内金属の有無および部位を○で囲んでください(なるべく詳細に)

腰椎	無 ・ 有 ⇒ L 1・2・3・4・5 ()
大腿骨近位部	無 ・ 有 ⇒ 左 ・ 右 人工関節 その他 ()

・前回の骨密度測定実施について ※4か月以上間を空けてください

無 ・ 有 ⇒ ()	年	月	日
-------------	---	---	---

* 検査結果は当日患者さんにお渡しいたします。