

骨密度測定(DEXA法)FAX送信票(診療情報提供書)

年 月 日

独立行政法人労働者健康安全機構

富山労災病院 骨密度検査担当医師 行

医療機関名

医師名

検査希望	年 月 日 ()		
患者氏名	(フリガナ)	性別	生年月日
		男・女	年 月 日 (歳)
住所	〒 電話番号: ()		

《検査部位》
腰椎(正面) + 股関節(大腿骨頸部)(DEXA法)
検査にあたり、次の事項をご確認の上ご記入ください。
身長 <u> </u> c m 体重 <u> </u> k g
・椎体、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 (L・R)
※人工骨などのインプラントのある部位は測定できません。
※腰椎・両股関節いずれにも金属留置がある場合や、臥位での検査が難しい場合は、測定できません。
・大腿骨頸部の手術歴はありませんか? ⇒ (無・有)
・仰臥位、側臥位での検査は可能ですか?(10~20分程度) ⇒ (可・不可)
※腰椎・両股関節のいずれにも金属留置がある場合や仰臥での検査が難しい場合は、測定できません。
・骨密度検査の1週間前に胃・大腸の造影検査(バリウム・ガストログラフィン)、アイソトープ検査を行っていませんか? ⇒ (無・有)
・(女性の方)妊娠の可能性はありませんか? ⇒ (無・有)
【備考】

返信

様

年 月 日 () 時 分に予約いたしました。

予約時間の15分前に正面玄関入口左の総合受付1初診・紹介状受付へお越し下さい。

来院時には、骨密度測定(DEXA法)FAX送信票(診療情報提供書)、保険証、診察券
(お持ちの方)をご持参下さい。

(お問い合わせ先) 〒937-0042 富山県魚津市六郎丸992番地 富山労災病院 総合サポートセンター

TEL: 0765-22-1354 FAX: 0120-935-631