

骨密度検査依頼書(診療情報提供書)

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

TEL

医師氏名

富山労災病院「診察券(IDカード)」(有・無)

ID番号

--	--	--	--	--	--	--	--

検査日	令和 年 月 日	時 分	から
ふりがな		大正 昭和 平成 令和	年 月 日 性別 男・女
患者氏名			
住所		電話	
保険者・記号・番号	保険者番号	記号	番号 被保険者氏名
【検査に必要な確認事項】			
1. 腰椎インプラントの有無 ☐ なし ☐ あり			
2. 大腿骨インプラントの有無 ☐ なし ☐ みぎ ☐ ひだり ☐ 両方			
3. 1週間以内のバリウム検査 ☐ なし ☐ あり			
※ 検査は腰椎と大腿骨(左右どちらか)で行います。			
※ インプラントが挿入された部位は骨密度測定ができません。			
※ 圧迫骨折の部位は正しい測定結果が得られません。			
※ 撮影データ(DVD)は後日郵送とさせていただきます。			
【検査可能日時】			
月～金 9:00～15:00 (昼時間も検査可能)			

独立行政法人 労働者健康安全機構

富山労災病院

総合サポートセンター TEL0765-22-1354 FAX0120-935-631