骨密度測定(DEXA法)依頼書（兼）診療情報提供書

府 中 病 院　　年　　月　　日

放射線科　担当医　先生

医療機関名

医師名　　㊞

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日生まれ（　歳）	
患者氏名	様				
住　所	〒　-			TEL	
傷病名					
紹介目的	骨密度測定の依頼				

＜既往歴・家族歴/経過及び検査結果/現在の処方等々＞

下記問診のご記入をお願いします

身長：　　cm　　体重：　　kg

今回の検査は（　初回　・　2回目以降　）

腰椎の手術をされたことはありますか。（　なし　・　あり　）

股関節・大腿骨の手術をされたことはありますか。（　なし　・　あり　右　・　左　）

※人工物や金属が入っている部位の測定はできません。
※確認のため初回時にレントゲンを1枚撮影させて頂く場合がございます。

【予約項目】

☑　骨密度測定（DEXA法）
ご希望日があればご記入下さい

府中病院　地域医療連携室　〒5940076　大阪府和泉市肥子町１-１０-１７
TEL 0725-40-2147　FAX 0725-40-2148