

骨密度検査依頼書

依頼元【医療機関名】

医師名

【JCHO仙台南病院宛】

仙台太白区中田町字前沖143番
放射線科

TEL 022(306)1720

FAX 022(306)2175

患者氏名

ふりがな

生年月日

大正・昭和・平成・令和

年

月

日

性別

男・女

(第一希望日)

年

月

日

午後

放射線科記載欄

(第二希望日)

年

月

日

午後

放射線科記載欄

検査実施希望部位に丸をつけて下さい。

腰椎のみ

腰椎 + 大腿骨近位部
(左・右・両)

大腿骨近位部のみ
(左・右・両)

確認リスト (太枠内に丸をつけて下さい。)

※骨密度検査は前回検査から4ヶ月以上経過していない場合は保険適用になりません。

妊娠中または妊娠の可能性

有・無

仰向けで10分程度体勢維持できない可能性

有・無

体内金属の有無

腰椎

有・無

大腿骨近位部

左

有・無

右

有・無

10日以内に胃腸のバリウムを使用する検査

有・無

(備考) 診療情報等

患者ID(放射線科記入欄):

ご利用ありがとうございました。今後もよろしくお願いたします。JCHO仙台南病院 放射線科