

診療情報提供書・骨密度測定申込書

カルテを作成するために必要な保険情報は、当院窓口で保険証原本を確認させていただきます。

愛育病院 I D

(フリガナ) 患者氏名	()	女 男	生年月日 M・T・S・H 年 月 日
住所		電 話	日中に連絡が可能な番号
骨密度検査の日時 ※電話で申込み時に予約日時を決定いたします。			
予約日時 月 日 () 時 分			

■■■ 必ず下記の項目にチェックをお願いします ■■■

骨密度検査禁忌チェック		測定のための必須情報	
腰椎に金属を入れる手術をしたことがある	有 ・ 無	身長	c m
股関節に金属を入れる手術をしたことがある	有 ・ 無	体重	k g
最近、バリウムの検査をしたことがある	有 ・ 無	生年月日	西暦 年 月 日
妊娠の可能性がある	有 ・ 無	骨折したことがある	有 ・ 無

測定部に金属や妨げになる異物がある場合には正しい測定ができません。

チェック項目に(有)の回答がある場合には検査お受けできないのでご了承ください

下記に臨床情報と検査目的など御記載ください

検査部位：部位を○で囲んでください。 ・ 腰椎＋両股関節 手術歴に応じて選択する場合（・ 腰椎＋右股関節 ・ 腰椎＋左股関節 ・ 腰椎 ・ 両股関節）			
病名： 検査目的： 主訴： 病歴の要約、主要検査所見等（図示でも可）			
医師名： _____			
紹介元医療機関名		住所	電話