

骨密度検査(D E X A法)依頼票

年 月 日

医療法人啓信会

大阪整形外科病院 地域医療連携室 宛

住所 大阪市福島区大開4-3-61

TEL06-6463-1111(代)

FAX06-6463-1113(検査予約受付)

■紹介元医療機関情報

医療機関名：

住所：

TEL・FAX：

医師名：

検査希望日 年 月 日 ()

※土曜日午前予約可能

・午前 (9:00~12:00) or ・午後 (12:40~16:40)

検査目的

骨粗しょう症 : 疑い 経過観察

※前回の骨密度測定検査実施について
なし・あり(年 月 日)

検査：骨密度測定(D E X A)腰椎+大腿骨近位部

- ・検査の前に整形外科の受診があります。検査時間は、約10分です。
- ・検査実施は、仰向けの体勢で行います。検査中は体を動かさないようにしていただきます。
- ・検査値に影響が出るため、1週間以内に造影剤やバリウムを使用した検査を受けた方は、骨密度測定検査を行うことはできません。
- ・X線を使用した検査のため、妊娠している方は検査を行うことはできません。
- ・仰向けが難しい場合は、事前にご相談ください。
- ・測定結果は当日患者様へお渡しします。(CD-Rと紙媒体レポート)
結果の説明は、紹介元医療機関様にてお願い致します。

《患者さまの情報を下記に必ずご記入ください》

- ・腰椎または大腿骨近位部に固定具や人工関節などの金属の有無

腰椎	なし・あり ⇒ L1・2・3・4・5
大腿骨近位部	なし・あり ⇒ 左・右 人工関節 ・ その他()

フリガナ	生年月日 明・大・昭・平
患者氏名： (男・女)	年 月 日 (才)
住所 〒	電話：
	携帯番号：
【保険情報】	
保険者番号	記号・番号
本人 ・ 家族	負担割合 割
公費負担者番号	受給者番号

※FAXは24時間稼働。月～金の9時～17時までの受付。17時以降到着分は平日の対応となります。

まずは**お電話 (06-6463-1111)**にてご連絡下さい。空き状況を確認します。

検査依頼票をFAX (06-6463-1113) 頂きましたら、速やかに検査予約票をFAXにて返信させていただきます。