

共同利用検査予約依頼票 骨密度検査（DEXA法）用

依頼書は予め連携室へFAX願います。また、検査当日は原本を放射線科受付へ提出ください。

盛岡友愛病院 地域医療連携室 行 年 月 日
FAX：019-637-2111

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
患者氏名	様			年 月 日生まれ
住 所	〒 -		電話番号	
紹介目的	骨密度検査の依頼			
検査希望日	【平日のみ】 月 日 午前・午後 午前・午後どちらかに○を付けてください 午前：9時00分～11時30分 午後：14時00分～16時30分 検査受付時間は上記となります。時間内に直接放射線科受付までお越しください。 ※検査日当日は、他検査の都合により、お待ち頂く場合がございますので、予めご了承ください。			
検査部位	☐ 腰椎+大腿骨 ➡ ☐ 右 ☐ 左 ☐ にチェック願います。 ☐ 腰椎のみ			
検査結果	検査終了後に患者様にお渡しとなりますが、 予めFAXをご希望の場合は右記 ☐ にチェック願います。			FAX希望 ☐

※以下のチェックリストにて確認をお願いします。

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ・骨密度検査は初回、もしくは前回から4ヶ月経過している。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| ・妊娠または妊娠の可能性がある。 | ☐ いいえ | ☐ はい |
| ・仰向けで安静を保持できる。（腰椎、大腿骨測定） | ☐ はい | ☐ いいえ |
| ・腰椎、大腿骨に骨折や手術歴がある。 | ☐ いいえ | ☐ はい |
| ・検査前1週間以内のバリウム検査や造影剤検査、核医学検査をしたことがある。 | ☐ いいえ | ☐ はい |

※撮影部位に人工物や金属が入っている場合は測定できません。

通常二部位（腰椎+大腿部）測定ですが、場合によっては腰椎のみの測定となります。

【お問い合わせ窓口】

盛岡友愛病院 地域医療センター 地域医療連携室
〒020-0834 岩手県盛岡市永井12-10
TEL：019-907-1509 FAX：019-637-2111（センター直通）