

# 放射線科 行

年 月 日

## FAX072-941-4666

ご記入いただきましたらこの申込用紙をFAXでお送りください。  
FAX送信後、患者さまにこの用紙(原本)をお渡しし、検査当日必ずお持ちになるようお伝えください。

## 骨塩定量DEXA検査依頼申込書(診療情報提供書)

※この用紙は診療情報提供書を兼ねています。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		電話番号	( ) -
生年月日	年 月 日	受診歴	有 (ID ) ・ 無
貴医療機関名		電話番号	( ) -
貴院医師名	印	FAX番号	( ) -
測定部位	腰椎および大腿骨頸部		
※測定部位に体内金属がある場合詳細を記入してください。 ( )			
検査日	年 月 日	午前・午後	時 分

### ※注意事項

- ・ この検査の一週間前より胃・腸のバリウム検査、その他造影検査、アイソトープ検査は受けないように患者さまにお伝えください。
- ・ 保険診療での骨密度検査は4ヶ月に一度が限度です。(DEXA法以外の骨密度検査を含む)
- ・ 仰向きに寝ることができない方は検査を受けられません。
- ・ 撮影部位付近(腰椎または大腿骨近位部)に体内金属がある場合は、検査できません。
- ・ 妊娠中または妊娠の可能性のある方は検査を受けられません。

医療法人 貴島会

## 貴島病院本院

〒581-0853 八尾市楽音寺3丁目33

TEL072(941)1499(代) FAX072(941)4666