

診療情報提供書(骨密度検査)

紹介先: 川内市医師会立市民病院

読影以外の他科診療科受診

なし・あり()

科

先生)

撮影予定: 月 日 時 分~予定

<input type="checkbox"/>	腰椎+大腿骨
<input type="checkbox"/>	腰椎のみ
<input type="checkbox"/>	大腿骨のみ

紹介元

紹介医

↑必ず○を付けてください

年 月 日

患者氏名 男・女 TEL

患者住所

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 歳

傷病名

検査目的・検査希望部位

↓希望検査部位をお選びください

() 腰椎+右大腿骨 () 腰椎+左大腿骨 () 腰椎のみ () 右大腿骨のみ () 左大腿骨のみ

病歴概要・現症・既往・検査所見など

以下は必須問診内容です。

- ①体内金属:腰椎(L2~L4) : ()なし・()あり
- ②体内金属:右大腿骨(測定部位) : ()なし・()あり
- ③体内金属:左大腿骨(測定部位) : ()なし・()あり
- ④腰椎(L2~L4)の骨折 : ()なし・()あり
- ⑤右大腿骨(測定部位)の骨折 : ()なし・()あり
- ⑥左大腿骨(測定部位)の骨折 : ()なし・()あり

①~⑥で検査は、体内金属、骨折のない部位を選択してください

- ⑦妊娠 : ()なし・()あり
- ⑧CT造影検査後2日以内 : ()なし・()あり
- ⑨MRI造影検査1日以内 : ()なし・()あり
- ⑩経口透視造影検査7日以内 : ()なし・()あり
- ⑪RI検査7日以内 : ()なし・()あり
- ⑫19歳以下 : ()なし・()あり
- ⑬10分間の臥位保持 : ()可・()不可

⑦~⑬で1つでも「あり・不可」がある場合は、検査できません