

DEXA

骨密度測定 検査依頼書(診療情報提供書)

笠岡第一病院 地域医療連携室 宛

年 月 日

紹介元
医療機関名

TEL

医師氏名

先生

FAX

※折り返し貴院へ「検査予約票」をFAXいたしますので、この依頼書原本と共に患者様へお渡してください。

ふりがな 患者氏名		男 ・ 女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
患者連絡先	TEL	—	当院受診歴 あり ・ なし 保険種別 ☐ 交通事故 ☐ 労災
住所	〒		

☆検査前確認事項 注)安全な検査のため、必ずご確認ください

腰椎手術歴	☐ 無 ☐ 有(金属有りの場合、腰椎は検査不可)
股関節手術歴(右)	☐ 無 ☐ 有(金属有りの場合、右大腿骨は検査不可)
股関節手術歴(左)	☐ 無 ☐ 有(金属有りの場合、左大腿骨は検査不可)
グルコースセンサー	☐ 無 ☐ 有(検査不可※ただし当日除去して来院される場合は検査可)
妊娠の可能性	☐ 無 ☐ 有(検査不可)
その他体内埋め込み機器 (腹部・骨盤部)	☐ 無 ☐ 有 ※「有」の方は、下記へ記入してください。 例)下大静脈フィルター

身長(cm) 体重(kg)	
検査部位	※希望の部位にチェックしてください ☐ 腰椎正面 ☐ 右大腿骨頸部 ☐ 左大腿骨頸部
報告形式	☐ 用紙 ☐ CDデータ

希望検査日時	第一希望 月 日 () 午前 ・ 午後 第二希望 月 日 () 午前 ・ 午後
--------	--

FAX 0865-67-0235
直通TEL 0865-67-0230

医療法人社団清和会 笠岡第一病院 地域医療連携室
FAX受付時間 月～金曜 8:30～17:30 土曜 8:30～12:30
(年末年始・祝祭日除く)
※時間外・休診日にFAXをいただいた場合、
お返事は翌開業日になります。