

# 福岡大学筑紫病院 骨密度測定（DXA）検査申込書・問診表（診療情報提供）

\* 検査予約、お問い合わせは電話でご連絡ください。（予約専用TEL）092-921-0911（代表）0570-02-7777

\* 検査日時が決定しましたら、申込書・問診票・診療予約票を患者さんにお渡しいただき、当日持参させてください。

検査項目	骨密度測定（DXA）	紹介元医療機関	
		施設名	
予約検査日	年 月 日（ 曜）	診療科	
予約時間	<input type="checkbox"/> 13:00 <input type="checkbox"/> 13:30 <input type="checkbox"/> 14:00	担当医師	
		TEL	
その他；	（ 時 分）	FAX	

フリガナ			
患者氏名		男	女
生年月日	年 月 日（ 歳）	身長	cm
傷病名等		体重	Kg

骨密度検査（DXA）			
撮影部位	<input type="checkbox"/> 腰椎＋大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨 （通常は <input type="checkbox"/> 腰椎＋大腿骨になります）		
当院での骨密度検査歴	有（検査日： 年 月）	無	

（前回検査から4ヵ月以上、間隔をあけてください）

問診表				
	検査日より前、1週間以内にバリウムを使った検査を行った	有	無	
	検査日より前、1週間以内に核医学検査（RI検査）を行った	有	無	
	検査日より前、3日以内にCT検査で造影剤を使った	有	無	
	検査日より前、3日以内にMRI検査で造影剤を使った	有	無	
	（以上が（有）の場合、検査日時を変更してください）			
	腰椎又は大腿骨頸部に金属・インプラントがある	有	無	
	（有の場合）	腰椎	有	無
		大腿骨頸部	右	左
妊娠の可能性がある	有	無		