

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	
予約検査日	年 月 日 (曜)	施設名	
予約時間	<input type="checkbox"/> 13:00 <input type="checkbox"/> 13:30 <input type="checkbox"/> 14:00	診療科	
		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