

# 骨密度 (DEXA) 検査申込書

令和 年 月 日

医療機関名

貴順会 吉川病院

所在地

放射線科 TEL 075-761-0316 (代表)

TEL

FAX 075-771-0528

FAX

医師氏名

|      |          |             |            |       |
|------|----------|-------------|------------|-------|
| フリガナ |          | 男<br>・<br>女 | 生年月日       |       |
| 患者氏名 |          |             | T・S<br>H・R | 年 月 日 |
| 住所   |          |             |            |       |
| 電話番号 |          |             |            |       |
| 予約日時 | 令和 年 月 日 | AM・PM       | 時 分        |       |

## 検査確認事項

|           |  |    |    |
|-----------|--|----|----|
| 検査部位      | 腰椎・大腿骨 (基本、2部位検査いたします) ※<br>手術歴により変更いたします。 |    |    |
| 手術歴の有無    | なし ・ 腰椎 ・ 股関節 ( 右 ・ 左 )                    |    |    |
| インプラントの有無 | なし ・ 腰椎 ・ 股関節 ( 右 ・ 左 )                    |    |    |
| 身長        | cm   | 体重 | kg |

※ 検査部位について

基本、腰椎・右大腿骨 (腰椎・左大腿骨) で行います。

手術歴・インプラントの有無により、腰椎のみ・健側の大腿骨のみとなる場合が御座います。

※ 骨密度 (DEXA) 検査は前回検査より4ヵ月経過必要となります。

ご不明な点は、予約時に放射線科スタッフにお問い合わせ下さい。