

# 検査依頼書(骨塩定量測定) 兼 診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名 JR 仙台病院  
放射線科 宛

紹介元医療機関  
住所  
名称  
医師名  
TEL FAX

検査予定日時		年 月 日( ) 午前(9:00~12:00) ・ 午後(13:00~16:00)			
患者様	フリガナ		性別	JR 仙台病院受診歴	1 有 2 無
	氏名		男・女	生年 月日	大・昭 平・令 年 月 日 歳
	住所	〒 TEL			
結果		持ち帰り ・ 普通郵便			
<b>問診票</b> (下記の項目を記入してください)					
1	リブレ(血糖測定器)の装着	なし ・ あり			
2	ペースメーカーの有無	なし ・ あり			
3	妊娠の有無(妊娠の可能性含む)	なし ・ あり			
4	安静を確保できない可能性	なし ・ あり			
5	体内金属	腰椎	なし ・ あり		
		右股関節	なし ・ あり		
		左股関節	なし ・ あり		

**検査部位 (該当する箇所にチェックを入れてください)**

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腰椎正面+右大腿骨頸部+左大腿骨頸部 | <input type="checkbox"/> 腰椎正面のみ   |
| <input type="checkbox"/> 腰椎正面+右大腿骨頸部        | <input type="checkbox"/> 右大腿骨頸部のみ |
| <input type="checkbox"/> 腰椎正面+左大腿骨頸部        | <input type="checkbox"/> 左大腿骨頸部のみ |

■検査の注意事項

- 問診票の1~4番で1つでも「あり」と答えた方は検査できません。
- 検査日より1週間以内に、バリウム検査・核医学検査を受けられた方は検査できません。
- 体内金属がある場合、その部位の検査はできません。

JR 仙台病院 放射線科  
TEL 022-380-2316 FAX 022-380-2359