

DXA検査御依頼票

水戸中央病院

〒311-15 茨城県水戸市六反田町1136-1

Fax. 029-309-8525 TEL. 029-309-8524

【骨密度測定】

刀がナ	
氏名	様 男 ・ 女
生年月日	M ・ T S ・ H 年 月 日 才
連絡先	() 自 ・ 勤
住所	

予約日	年	月	日	時
※上記検査予約時間の30分前を目安にご来院ください				
紹介元病院名	貴科名	御担当医師		
病院				
医院	科	先生		
Fax.		TEL.		

【検査実施部位】

- 腰椎 ・ 両大腿骨 (推奨部位)
- 腰椎のみ
- 大腿骨のみ
- 橈骨 (非利き手側) のみ

骨粗鬆症の予防と治療ガイドラインに準拠し、当院では腰椎および両大腿骨の測定を推奨しております。

身長 _____ cm

体重 _____ kg

◎当院での測定も承ります

※大腿骨・橈骨に左右のご指定をされる場合は、下部のコメント欄にご記入下さい。

チェックリスト

妊娠	<input type="checkbox"/> 無	妊娠中・妊娠の可能性のある方は原則お断りしております。
2週間以内のバリウム検査	<input type="checkbox"/> 無	バリウム検査から2週間以上空けてのご依頼をお願い致します。
体内金属 ※1	腰椎	有 ・ 無
	大腿骨	有 (みぎ ・ ひだり) ・ 無
	橈骨	有 (みぎ ・ ひだり) ・ 無

※1 ご希望の測定部位に金属が入っていた場合は、検査時の判断で測定部位から除外させていただきます。腰椎にボルト固定が施されていても、影響の受けない椎体のみで測定することも可能です。

検査コメント欄 (検査についてコメントがあればご記入下さい)

検査時、高度の硬縮・円背により体幹部測定が不可能と判断された場合、

- 検査中止
- 橈骨のみの測定に変更

その他 ご不明な点がございましたら、お電話にて問い合わせください。