

骨密度測定検査申込書・紹介状

申込日：令和 年 月 日

横浜労災病院 地域医療連携室 へ（FAX 045-474-8344）

下記の必要事項をご記入のうえ、地域医療連携室へFAX送信して下さい。

検査希望日： 月 日（ ）（おおむね1週間後をお願いします）

検査枠 【月～木曜日 午後】 各1枠

※検査日時はご希望に沿えない場合があります。

【紹介医療機関】

名称		医師名	
所在地	〒(-)	電話番号	- -
		FAX番号	- -

【患者情報】

フリガナ氏名		男・女	大正(T) 昭和(S) 平成(H) 令和(R)	年 月 日
住所	〒(-)		電話番号	- -
当院受診歴	有・無・不明	当院の患者ID		- -

臨床診断名・検査目的等を具体的にご記入下さい。

測定部位(DEXA法)

腰椎・大腿骨 腰椎のみ 大腿骨のみ

◆以下の項目をご記入下さい。

体内金属： 無・有（ ）

（女性の場合）妊娠の可能性： 無・有

※1週間以内に次の検査を行っている場合検査が出来ません。

造影検査： 無・有 RI検査： 無・有

安静を確保(10分程度)できない可能性： 無・有

骨折の既往： 無・有（部位 ）

前回の骨密度検査： 年 月 日

※後日、画像(CD)をお送りいたします。

読影結果は付きません。

その他：（ ）