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　あて（FAX　045－474－8344）

下記の必要事項をご記入のうえ、地域医療連携室あてにＦＡＸ送信して下さい。

検査希望日:	月　　日（　　）（おおむね1週間後でお願いします）
検査枠	【月曜日・水曜日　】各1枠程度

【申込医療機関】

名　称

〒（　　－　　）

所在地

医師名

電話番号　　－　　－

FAX番号　　－　　－

【患者情報】

フリガナ 氏　名		男　・　女	明治（M） 大正（T） 昭和（S） 平成（H）	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と検査が出来ません。

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　　）

その他　：（　　）

※　後日、画像（CD）をお送りいたします。

独立行政法人労働者健康安全機構　横浜労災病院