

〔紹介患者検査予約用〕

骨密度測定検査依頼書

フリガナ 患者氏名		生年月日	年 月 日
検査部位	<input type="checkbox"/> 1. 腰 椎 <input type="checkbox"/> 2. 大腿骨骨頭： <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 3. 全身骨 <input type="checkbox"/> 4. その他 () ※特別な指示のない場合は、腰椎で行います。		
当院での検査歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
骨折の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位)		
治療薬剤	<input type="checkbox"/> オステン <input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン <input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> カルシトニン (エルシトニン) <input type="checkbox"/> エストロゲン製剤 <input type="checkbox"/> 活性型ビタミンD (アルファロール、ロカルトロール) <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他			