〔紹介患者検査予約用〕

骨密度測定検査　依頼書

①患者情報

患者名		生年月日	西暦 年　　月　　日

②検査依頼に必要な情報

検査部位 ＊ 指示のない場合 **「腰椎のみ」** となります。	□　1．腰椎のみ □　2．腰椎　＋　大腿骨（右左とも） □　3．腰椎　＋　大腿骨（右のみ） □　4．腰椎　＋　大腿骨（左のみ） □　5．大腿骨のみ（右左とも） □　6．大腿骨のみ（右のみ） □　7．大腿骨のみ（左のみ） □　8．その他［　　］
検査目的の詳細事項（現病歴・臨床症状など）は診療情報提供書（紹介状）に記載ください。	
特記事項	
当院での 骨密度測定検査 歴	□　無 □　有
骨折の有無	□　無 □　有　（部位：　　）

2023.12　改訂