

○ 骨塩定量検査依頼用紙 ○

(医事課用)

ID NO 氏 名 生年月日 性別 診療科 依頼日	検査日	年	月	日	午前 午後	時より 時より	
	予定変更	年	月	日	午前 午後	時より 時より	
	検査後		診察		帰宅		
	前回検査の有無				有 ・ 無		
	前回の検査日				年 月 日		

依頼診療科	科	病棟	身長	cm	体重	kg	依頼医
-------	---	----	----	----	----	----	-----

検査部位 (依頼医が記入のこと)	
1. 腰 椎 (正面)	3. 前腕骨 (右・左)
2. 大腿骨 (右・左)	4. 人工骨頭 (右・左)

骨塩定量検査を受けられる患者様へ

- この検査は予約制ですので、予約日、時間をお守り下さい。
- 予約時間は検査部位で異なり、お待ちいただく事があります。ご承知下さい。
- 検査当日、前準備は必要ありません。薬は普段通りに飲んでかまいません。
- 検査は約15分で終わります。
- 妊娠もしくは妊娠の可能性のある方は事前にお申し出下さい。
- この検査の1週間前からバリウム検査は受けないで下さい。
- 当日、都合で来られない時や、予約変更については次に連絡下さい。

大和橿原病院放射線科受付：0744-27-1071 (内線140)