FAX 番号 045-949-7137

診療情報提供書（骨塩定量検査依頼書）

昭和医科大学横浜市北部病院

北部病院 ID: フリガナ 患者氏名 :	感染症 HBs 抗原 (＋ ー 未) HCV 抗体 (＋ ー 未) 血清梅毒反応 (RPR TPLA) MRSA (＋ ー 未) HIV抗原・抗体 (＋ ー 未) その他 ( )
生年月日 : （明・大・昭・平・令） 年 月 日	
性別 男 ・ 女 身長 cm 体重 kg	
依頼医療機関名 : TEL(- -)	出力方法 測定結果用紙 ・ CD-ROM
依頼医師 :	

【医療機関記入欄】

検査予定日: 年 月 日 午前・午後 時 分

臨床診断（病名）

（病名は日本語で適切に記載願います）

臨床経過／検査対象病名／検査目的

妊娠:（＋ , ー ）

※妊娠の可能性のある患者さんは検査を行えない場合があります。

検査の部位を〇で囲んで選択してください。

腰椎(L2～L4)前後　ヒダリ大腿骨頭　ヒダリ橈骨遠位端

その他（ ）

体内金属　有（ 腰椎 ・ 股関節 ・ 前腕 ）・ 無

※検査部位に金属や残存した造影剤がある場合、検査結果は参考値となります。

※ヒダリ大腿骨頭、ヒダリ橈骨遠位端に金属がある場合は対側で検査を行います。

※両側に金属がある場合、左側で検査を行います。ただし、検査結果は参考値となります。

20250401 改訂