

診療情報提供書（DXA検査依頼書）

医療法人社団善仁会 小山記念病院

依頼元医療機関名

担当 先生御侍史

依頼医師名

予約日時 年 月 日（ 曜日） 午前 ・ 午後 時 分

フリガナ：			
患者氏名：	様（男・女）	生年月日：	年 月 日
住所：	電話番号：		

傷病名

検査目的（できるだけ詳細に記入してください）

既往歴

現在の処方及び詳細指示

検査依頼

DXA検査

☐ 腰椎＋大腿骨

* 原則は上記の撮影および解析をいたします。

体内金属等で撮影が不可の場合は、腰椎のみまたは大腿骨にて撮影および解析をいたします。

【検査を安全に施行するため必ずご確認ください】

☐ 体内金属・電子機器

腰椎 無 ・ 有

股関節 無 ・ 有

* 右記をご確認いただき、チェックをお願いします ☐ 妊娠の可能性がない

画像データのお渡しはCD-Rとさせていただきます。データの閲覧が困難な場合は当院にお問い合わせください。