診療情報提供書兼医療センター　骨密度検査予約申込書（FAX 用）

船橋市立医療センター地域医療連携室　FAX　047-439-0737　　申込日　令和　　年　　月　　日

患者氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　医療機関名

生年月日　M・T・S・H・R　　年　　月　　日　　医師名

性別（年齢）　男　・　女　（　　歳）　　TEL

病名（症状）　日本語で記入してください。　　FAX

以下該当欄にチェック（レ印）をしてください。

1.　依頼検査

部位	
□　腰椎正面＋大腿骨	：特別な理由がない限りこちらを選択してください
□　腰椎正面	：大腿骨での検査が困難な場合のみ
□　大腿骨	：腰椎での検査が困難な場合のみ

2.　体内金属等の患者状態により、検査室で依頼部位を変更する場合があります

□同意する

□確認の連絡必要（後日予約を取り直す）

3.　検査希望日　：月曜・水曜・金曜の午後

□有　（令和　　年　　月　　日　　曜日）

□無

4. 患者状態

・階段（１段）を上がれるか

□可能（支え等の介助があれば可の場合も含む）

□困難　※ストレッチャーに乗り移って頂き検査台に移動するため、介助者の同伴が必要です。

・体内金属の有無

腰椎に手術歴や骨折等　　□無

□有　（詳細：　　）

大腿骨頚部の手術歴等　　□無

□有　（　右　／　左　）

【重要】

2 週間以内に造影剤検査（胃透視、注腸、造影 CT、造影 MR など）、核医学検査（RI）を行っている場合、この検査はできません

他院の検査、市・職場での健診等含めてご確認ください

船橋市立医療センター　地域医療連携室　2024 年 10 月