骨密度測定（ＤＸＡ法）依頼票　〔照射録〕

委 託 検 査

予約日時	月　　日（　　）
	午前 ・ 午後　　時　　分

必須項目	患者情報	国立病院機構青森病院 受診歴 □無　□有（ID番号がわかる場合は右欄にご記入ください） → 受診歴「有」の場合は、当日、IDカードをお持ちください	青森病院 ＩＤ 番号 □□□□□□□ ※ ※ ID番号を記入された場合は住所は不要です。
		（フリガナ）	
		※住　所	
		（フリガナ）	事前チェック項目
		氏　名　　様	○腰椎、大腿骨、前腕骨への金属インプラントの有無 □ 無 □ 有 （　　）
		生年月日　　年　　月　　日生まれ	
		年齢・性別　　歳　　男 ・ 女	
		身長　　cm 、 体重　　kg	
	ご依頼元施設名称		
	診療科		
	担当医師署名（自 署）		
	指示の内容	DXA法による骨密度測定（腰椎、大腿骨、前腕骨）	
	前回測定日	※ 診療報酬の算定は、検査の種類にかかわらず4か月に1回に限ります。 □ 有（　年　月　日 ／ DEXA法・MD法・SEXA法等・超音波法 ） □ 無	
実施時記入	測定実施部位	□ 腰椎 □ 大腿骨　（ 右 ・ 左 ） □ 前腕骨　（ 右 ・ 左 ）	
	照射条件	kVp　　mA　　sec	担当技師
	検査年月日	年　　月　　日	

次の項目に該当する場合、検査が受けられません

○妊娠中もしくは妊娠の可能性がある方
○バリウム検査やその他の造影剤検査、アイソトープ検査を受けられた場合
（3日から1週間程度、期間をあける必要があります。）
○仰向けに寝ることができない方

国立病院機構青森病院　放射線科
TEL. 0172-69-1213（直通）