

# 骨密度検査問診票

紹介元医療機関の所在地及び名称	ご担当医師名
-----------------	--------

検査予定日：	年	月	日（曜日）	時	分
--------	---	---	-------	---	---

患者様氏名：	男	・	女
--------	---	---	---

生年月日：	年	月	日	歳
-------	---	---	---	---

身長：	cm	体重：	kg
-----	----	-----	----

(以下、どちらかに○をお願いします)

当院での骨密度検査	初回	2回目以降
-----------	----	-------

腰椎、股関節に骨折の既往歴がありますか？	いいえ	はい（腰椎 / 左・右股関節）
----------------------	-----	-----------------

腰椎や股関節の手術をしていますか？	いいえ	はい（腰椎 / 股関節）
-------------------	-----	--------------

腰椎や股関節に金属・セメントがありますか？	いいえ	はい（腰椎 / 股関節）
-----------------------	-----	--------------

骨粗鬆症の薬をのんでいますか？	いいえ	はい
-----------------	-----	----

# 骨密度検査予約票

(患者様用)

検査予定日： 年 月 日 ( 曜日) 時 分

患者様氏名：

男 ・ 女

生年月日：

年

月

日

歳

- 検査当日は健康保険証、骨密度検査予約票、骨密度検査問診票をご持参ください。  
( お持ちの方は当院の診察券もご持参ください。 )
- 検査予約時間の 20分前 までに外来初診受付までお越しください。
- 当院の骨密度検査は、腰椎、左右どちらかの大腿骨近位の計 2ヶ所で測定します。
- 検査前の処置は不要で、食事も関係ありません。
- 検査時間は10分程度です。仰向けに寝た状態で行います。
- 検査終了後、お会計の際に本日の結果報告書をお渡しします。  
ご依頼元の病院にお持ちください。
- 予約の変更、検査のキャンセル等は下記の電話番号へご連絡をお願いします。

社会福祉法人浴風会

浴風会病院

TEL：03（3332）6511（代表）