

骨密度検査 依頼状 兼 診療情報提供書 平成 年 月 日

聖隷沼津病院
整形外科担当医

医療機関名
所在地・電話番号
医師氏名

印

検査予定日時 平成 年 月 日 時 分

| | | | | | | |
|------|-----------|---|------|-----------------|----|-----|
| 患者氏名 | フリガナ | 様 | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 (才) | 性別 | 男・女 |
| 患者住所 | 職業 TEL | | | | | |

～骨粗鬆症のリスク～ 以下のあるものにチェックして下さい。

| | | | | |
|---------|---|--|--|--|
| 骨折歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 橈骨遠位端骨折 <input type="checkbox"/> 下腿骨骨折 | <input type="checkbox"/> 大腿骨近位部骨折 <input type="checkbox"/> 肋骨骨折 <input type="checkbox"/> その他の骨折: | <input type="checkbox"/> 脊椎圧迫骨折 <input type="checkbox"/> 骨盤骨折(恥骨、坐骨、仙骨) | <input type="checkbox"/> 上腕骨近位部骨折 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 既往歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ステロイド治療 <input type="checkbox"/> その他の病気: | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ | <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> ご両親が大腿近位部骨折を起こしたことがある <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 慢性腎障害 |
| その他 | 現在の喫煙 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> なし | |
| | アルコール(1日3単位以上) | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> なし | |
| 骨粗鬆症治療歴 | <input type="checkbox"/> ある | ビタミンD | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していたことがある | |
| | <input type="checkbox"/> なし | カルシウム | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していたことがある | |
| | | SERM (エビスタ、ビピアント) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していたことがある | |
| | | ビスホスホネート (アレンドロン酸、フォッサマック、ボナロン) (リゼドロン酸、アクトネル、ベネット) (ミトロン酸、ホルテオ、リカルボン) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していたことがある | |
| | | テリパラチド(テリボン、フォルテオ) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 注射している <input type="checkbox"/> 注射していたことがある | |
| | | 抗RANKL抗体(フルリア) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 注射している <input type="checkbox"/> 注射していたことがある | |
| | | 治療の期間: | | |

～骨密度チェックリスト～ 下記項目を必ずチェックして下さい。

| 身長・体重 | 身長 | cm | 体重 | kg |
|------------------|----|----|----|-----------|
| 妊娠中もしくは、可能性のある方 | 無 | ・ | 有 | |
| 仰向けで安静を確保できない可能性 | 無 | ・ | 有 | |
| 腰椎に体内金属 | 無 | ・ | 有 | |
| 大腿骨に体内金属や人工関節 | 無 | ・ | 有 | (右 ・ 左) |
| 前腕骨に体内金属 | 無 | ・ | 有 | (右 ・ 左) |

※身長・体重は測定に必要な情報なので必ず記入下さい。

※基本撮影部位は腰椎＋左大腿骨なります。

※体内金属の有無や患者様の様態によって撮影部位が変わります。

結果報告方法(希望する方法にチェックして下さい)

結果用紙を希望 CD-Rを希望(レポートをDICOM化)