

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"/> ある 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
	<input type="checkbox"/> ある SERM(エビスタ、ピピアント)	<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
	<input type="checkbox"/> なし 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
	<input type="checkbox"/> なし 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
	<input type="checkbox"/> なし 抗RANKL抗体(フアラア)	<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
	<input type="checkbox"/> なし 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)