

骨密度検査依頼伝票

住所	フリガナ				
名称	お名前				
電話	生年月日	年	月	日	☐ 男
FAX					☐ 女
医師					

検査 施行日	年	月	日	身長	cm
	時	分		体重	Kg

各項目にチェックを入れ、身長・体重の記載をお願いします

検 査 部 位	特 記 事 項
☐ ルーチン〔腰椎+大腿骨〕	
☐ 腰椎のみ	
☐ 大腿骨のみ	

骨折既往歴の有無

☐ 無し	
☐ 人工骨頭置換術	右股関節 ・ 左股関節 ・ 両股関節
☐ 股関節骨折	右股関節 ・ 左股関節 ・ 両股関節
☐ 腰椎圧迫骨折	腰椎 番

測 定 回 数	前 回 測 定 日
☐ 初回	年 月 日
☐ 回目	