「事前受付用FAX用紙」と一緒にFAXにて地域医療連携室宛にお送りください。

**専用FAX　086-464-1166**

骨塩定量検査チェックリスト

医療機関名、診療科

医師名

患者氏名

【検査部位】

* 腰椎＋大腿骨近位部

注意

・両股関節にインプラントがある場合は腰椎のみの測定になります。

・ヨード造影・MRI造影で2日後、バリウム造影では1週間程度期間をあけてください。

・前回の検査から4ヶ月以上経過していない場合は保険適用になりません。

【患者情報】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者移動方法 | 歩行 | | | 車椅子 | | ｽﾄﾚｯﾁｬｰ |
| 身長　（ | | ㎝） | 体重　（ | | ㎏） | 妊娠 | 有 | 無 |
| 体内金属 | 無 | | | 有（腰椎） | | 有（股関節） |
| 核医学検査の影響 | 不明 | | | 確認 | | 検査の静止 | 不可 | 可 |
| 検査説明と承諾 | 未承諾 | | | 承諾済 | | 感染症 | 無 | 有 |

ご不明の点は

川崎医科大学附属病院　画像診断センター2　受付（086-462-1111　内線22521）までお問い合わせください。