

「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	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	
身長 (cm)		体重 (kg)	妊娠	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (腰椎)	<input type="checkbox"/> 有 (股関節)	
核医学検査の影響	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 確認	検査の静止	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可
検査説明と承諾	<input type="checkbox"/> 未承諾	<input type="checkbox"/> 承諾済	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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。