

DXA検査依頼書

広島県立総合リハビリテーションセンター 地域医療連携室 宛

FAX 082-420-2281(専用)

R 年 月 日申し込み

紹介元医療機関名

医師名

TEL () — FAX () —

予約希望日時 ①R 年 月 日(:) ②R 年 月 日(:)

リカ+
患者氏名 様(男・女) 生年月日 M T S 年 月 日
H R

住所 〒 —

連絡先 — — 携帯 — —

広島県立総合リハビリテーションセンター 受診歴 有 ・ 無 ・ 不明

検査部位

腰椎+大腿骨 (L R)

腰椎のみ

大腿骨のみ (L R)

傷病名・検査目的・備考

※撮影手技については、当院の撮影条件を適応させていただきます。

※原則一検査一部位とさせていただきます。

検査前チェックー必ず記入ー

妊娠またはその可能性 有・無 安静を確保できない可能性 有・無

測定部位の骨折 有・無 その他() 有・無

体内金属 腰椎 有・無 身長 cm 体重 kg
大腿骨 有・無

※測定に影響がでますので正確に記入してください。

※測定部位に骨折や体内金属がある場合は避けて測定いたします。

※バリウム検査を受けて1ヶ月経過されていない方は検査結果に影響がでます。

上記の項目を確認し、検査を受けることに同意いただける場合は署名をお願い致します。

R 年 月 日 ご本人様署名欄

R 年 月 日 医師署名欄

※画像データは紙媒体に出力し、紹介元医様宛に郵送させていただきます。

※検査前チェックを必ず行ってください。

広島県立総合リハビリテーションセンター 地域医療連携室

※ご予約の15分前までにお越しください。

TEL 082-425-1455(代表)