送信日時:　　年　　月　　日

骨塩定量検査依頼書

医療機関名

電話番号

FAX番号

紹介医ご芳名

ふりがな		生年月日　T・S・H・R　　年　　月　　日	
氏名		電話番号	
当院の受診歴の有無　□あり　□なし		□男　□女	
撮影部位	□腰椎・大腿骨（右・左）　□腰椎のみ ※特にご指定がない場合は、腰椎・左大腿骨で測定いたします。		
確認事項	○妊娠の有無、可能性		有　・　可能性有　・　無
	○安静を確保できない可能性		有　・　無
	○体内金属	腰椎	有　・　無
		大腿骨	有（ 左 ・ 右 ）　・　無
	○検査実施1週間以内にバリウムを使用する検査		有　・　無
検査結果の提供方法	□紙媒体　□CD-R　□紙媒体＋CD-R		
備考			

＊確認事項に「有」がある場合、安全のため検査をお受けできない可能性がございます

＊FAXにて本依頼を送付後、お電話（054-204-0410）にてご予約をお取りください

＊検査時間の20分前までにお越しいただくよう、患者様にお伝えください

上土整形外科
スポーツクリニック

静岡市葵区上土2丁目13-14
TEL：054-204-0410
FAX：054-204-0412