

# 骨塩定量検査 申込書

申込日 西暦 年 月 日

紹介先：医療法人聖心会 南古谷病院  
☎ 049-235-7777（代表）  
埼玉県川越市久下戸110番

紹介元 医療機関名

骨塩は完全予約制になりますので  
電話予約をお願い致します。  
☎ 049-235-8633（MRI室の電話番号になります。）

医師名

## ご紹介患者様情報

ふりがな	生年月日	西暦	性別
氏名	年 月 日	年 月 日	
	電話番号（日中の連絡先）		
住所	- -		

予約日	年 月 日
予約時間	希望の時間に○をお願い致します。
	AM 8:30～11:30(午前の部)
	PM 14:00～16:30(午後の部)

身長	cm
体重	kg

身長・体重の計測をお願い致します。

## 骨塩定量 検査前チェック

- 腰に金属を入れる手術をしたことがある  無  有
- 股関節に金属を入れる手術をしたことがある  無  有 (  右  左 )
- 前腕部に金属を入れる手術をしたことがある  無  有 (  右  左 )
- 1週間以内にバリウムの検査をしたことがある (バリウムが残っていると腰、股関節の測定ができないので前腕の測定になります。)  無  有
- 妊娠の可能性がある (妊娠の可能性がある患者様はお断りしています。)  無
- 前回の骨塩定量検査の実施について  無  有 ( 年 月 日 )  
4ヶ月以上空けて下さい。

- 測定部位は基本 腰椎 + 大腿骨撮影になりますが患者様の体内金属の有無により変更になります。
- 検査結果は当日患者様にお渡しさせていただきます。

**予約時間内に受付を済ませて下さい。申込書は必ず持参して下さい。**