

骨密度(骨塩定量)測定検査 診療情報提供書

予約日時: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

下記の空欄部分に必要な事項をご記入ください。

紹介医療機関名称・所在地

電話番号

FAX番号

医師名

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名		男 女	大正・昭和・平成	年	月 日
住 所					電話番号

- 【依頼検査】 骨密度測定
- 【検査部位】  腰椎＋大腿骨近位部  
 橈骨(上記の部位が不能の場合、※仰向けの体勢が10分間維持できない方)
- 【臨床診断名】  骨粗鬆症(続発性骨粗鬆症含む)  その他( )
- 【検査目的】  骨粗鬆症診断  治癒効果判定  その他( )

【患者さん情報を下記に必ずご記入下さい】

・腰椎または大腿骨近位部の体内金属の有無と部位を○印で囲んでください。(分かる範囲でなるべく詳細に)

腰椎	無・有 →( )
大腿骨近位部	無・有 →人口関節(右・左)、その他( )

・前回の骨密度測定検査実施について

無・有 →( ) 年 月 日) ※4カ月以上空けてください。
--------------------------------

身長:	cm	体重:	kg
-----	----	-----	----

下記の検査を骨密度検査と合わせて行います。

採血検査 無・有  
検査項目

- Alb(BCP改良法)  ALP  Ca  IP  
 骨型酒石酸抵抗性酸性フォスファターゼ(TRACP-5b)  
 I型プロコラーゲン-N-プロペプチド(total P1NP)

※検査結果は後日郵送となります。

東千葉メディカルセンター使用欄

検査日	読影日	結果郵送日

# 骨密度(骨塩定量)測定検査でご来院される患者様へ

依頼元病院名 :

ID No :

氏 名 :

様

検査日 :

月

日

検査時刻 :

時

分

**【 当日持参して頂くもの 】** 骨密度(骨塩定量)測定検査 診療情報提供書 保険証  診察券(当センター受診歴のある方のみ)**【 検査当日 】**予約時間の **20分前** までに **4番 放射線受付** へお越しください。

「保険証」等を確認後、検査を行います。

**【 検査結果報告 】**

検査結果・所見を後日紹介元医療機関様へ郵送致します。

**【 検査当日の注意事項 】**

1. 検査当日は、**検査予約時間の20分前**までに、**4番 放射線受付**までお越しください。
2. 検査時は着衣の金属製のもの(金属製のボタン、ファスナーや金属フックの付いている衣服や下着など)を外していただきます。金属の付いていない服であればそのまま検査を行うことができます。
3. 妊娠している可能性のある方は、必ずお申し出ください。

**【 予約のキャンセルおよび変更について 】**

予約のキャンセルおよび変更のご連絡は、下記の診療時間内に、

**地域医療連携室(連絡先: 0475-50-1336)** までお願い致します。

午前 8 時 30 分～午後 17 時 00 分(土曜、日曜、祝祭日は除く)

地方独立行政法人 東金九十九里地域医療センター **東千葉メディカルセンター**  
東金市丘山台三丁目 6 番地 2 **連絡先 Tel 0475-50-1199(代表)**

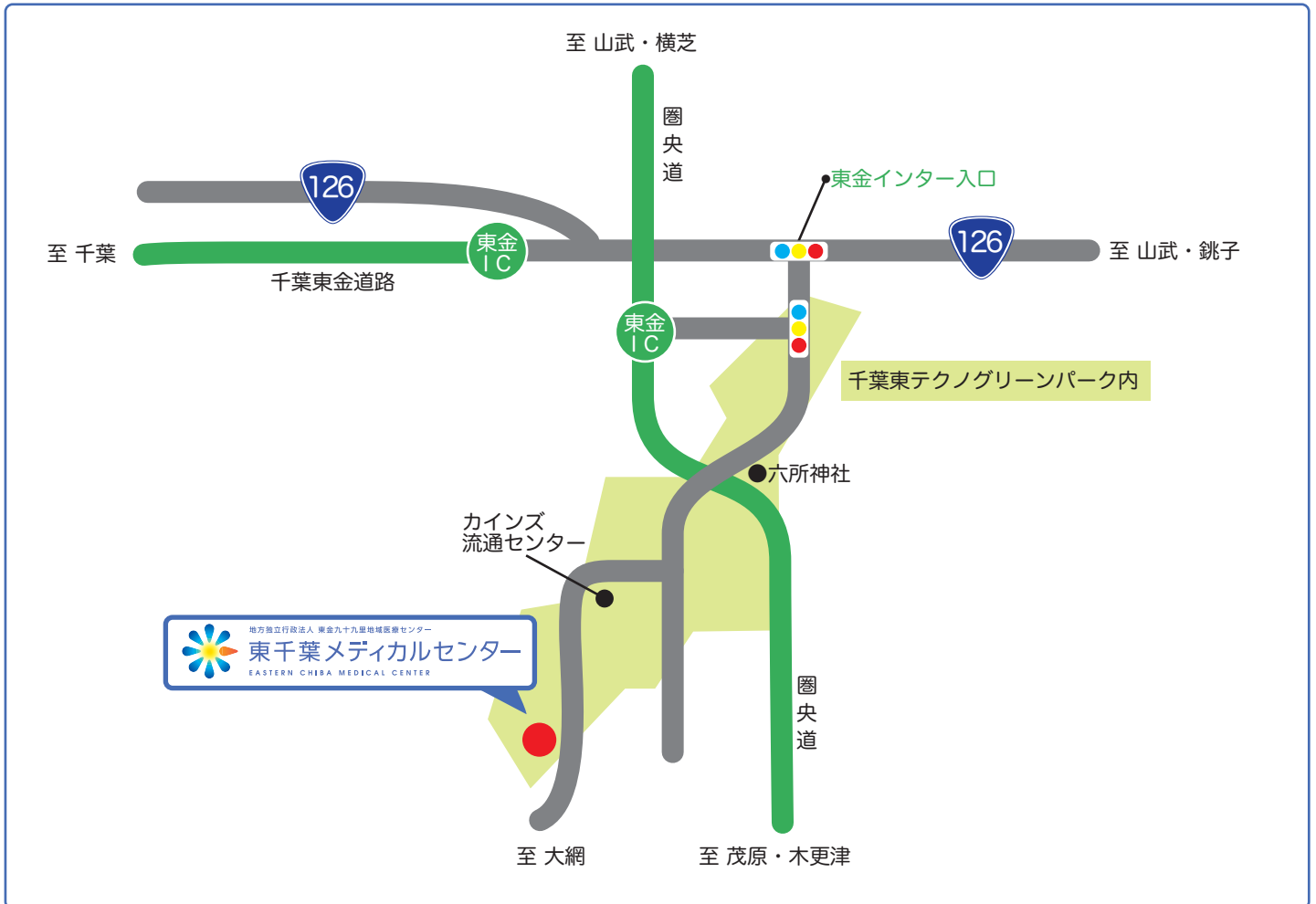


地方独立行政法人 東金九十九里地域医療センター

東千葉メディカルセンター

EASTERN CHIBA MEDICAL CENTER

東金市丘山台三丁目 6 番地 2 ほか



### 千葉東金道路でお越しの場合

千葉東金道路の東金 IC を出て直進します。  
約 500メートル先の一つ目の信号「東金インター入口」を右折します。  
道なりに進み、約 1200メートル先の交差点を右折します。  
約 1キロメートル道なりに進むと右側にメディカルセンターがあります。



### 圏央道でお越しの場合

東金 IC を出て料金所から見える信号を右折します。  
約 900メートル先の交差点を右折します。  
約 1キロメートル道なりに進むと右側にメディカルセンターがあります。



### 電車とタクシーでお越しの場合

外房線 JR 大網駅からタクシーで約 10分  
東金線 JR 東金駅からタクシーで約 15分