

● 検査を受けられる方へ ●

様

平成 年 月 日 ()

午前 ・ 午後 時 分

MRI ・ CT ・ 骨塩定量

- ・ 初診の方は受付に時間がかかりますので検査開始15分前にはご来院ください。
- ・ 上記時間に来院できないときは、お手数ですが早めのご連絡をいただきますようお願いいたします。
ご連絡頂けない場合、予定時刻より10分経過で次の検査を優先させて頂く場合がございます。
- ・ 救急など都合により検査時刻が前後することがあります。ご了承ください。
- ・ **検査案内、診療情報提供書、保険証ならびに各種受給者証**を必ず持参してください。
- ・ 特殊な検査のため別紙の検査説明を必ずお読みになってください。
- ・ 検査終了後、会計時に検査データをお渡しします。
- ・ ご不明な点がございましたら、お気軽に当院放射線室までお問い合わせください。



医療法人 社団 楓会
林病院

整形外科・内科・麻酔科・リハビリテーション科
〒730-0029 広島市中区三川町3-8
Tel 082-248-0600 Fax 082-240-8801

● 骨塩定量測定検査に関する説明書 ●

◆ 骨塩定量測定検査について

- ・ X線を利用して骨密度を測定する検査で、測定値を標準値と比較することによって骨塩量を知ることができます。
- ・ 痛みも無く、短時間で計測可能です。主に骨粗しょう症診断に使用される検査です。
- ・ 当院では、骨粗鬆症治療のガイドラインで推奨されている腰椎と股関節によるDEXA法で検査を行っています。
- ・ 必要に応じて着替えをしていただく場合があります。
- ・ 検査中は出来るだけ身体を動かさないようにしてください。
- ・ 検査費用は3割負担の方で約3000円かかります（部位や内容によって異なります）。

◆ 注意点

撮影する画像に影響を及ぼすため以下のことをお願いします。

☆ 金属類の取り外し

金具の付いた衣類、下着、エレキバン、カイロなど

☆ 以下に該当する方は検査を受けることが出来ない場合があります。

必ずスタッフにお申し出ください。

- ・ 妊娠、または妊娠の可能性のある方
- ・ 腰部、股関節部の体内金属

- ◆ ご不明の点などありましたら、ご遠慮なく当院、放射線室までご連絡ください。



医療法人 社団 楓会

林 病 院

整形外科・内科・麻酔科・リハビリテーション科
〒730-0029 広島市中区三川町3-8
Tel 082-248-0600 Fax 082-240-8801

● CT検査 依頼票 (診療情報提供書) ●
● 骨塩定量測定検査

検査予定日時		依頼元	
平成 年 月 日 () :		医療機関名 :	
患者情報		診療科 :	
氏名 :		ご担当医師 : 先生	
生年月日 : M T S H 年 月 日		TEL : — —	
性別 : 男 ・ 女	年齢 : 才	FAX : — —	
緊急連絡先 : — —			
CD-R	<input type="checkbox"/> 本人渡し <input type="checkbox"/> 郵送	読影	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 不要

C T	
頭部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部 : +骨条件
頸部	<input type="checkbox"/> 頸部
胸部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> HRCT <input type="checkbox"/> 肋骨 <input type="checkbox"/> 胸骨 <input type="checkbox"/> 鎖骨
腹部	<input type="checkbox"/> 腹部 (上腹部+骨盤) <input type="checkbox"/> 腹部 (上腹部のみ)
骨盤	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 骨盤 (骨)
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨
上肢	右 ・ 左 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 手指 ()
下肢	右 ・ 左 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 足趾 ()
その他	()
骨塩定量測定	
DEXA	<input type="checkbox"/> 腰椎+股関節 : 圧迫骨折の場合は参考値、手術による整形素材は検査不可です。

臨床診断、検査目的、検査方法など : 出来るだけ詳細にお願いします

病名 :