

腰椎・大腿骨の骨密度検査依頼書<診療情報提供書>

依頼元施設 記載欄	
フリガナ	
患者氏名	
患者住所	富田林市・河内長野市・大阪狭山市・河南町 太子町・千早赤阪村
生年月日	年 月 日 ()歳

依頼元施設

検査依頼理由
<input type="checkbox"/> 市町村の検診で精密検査となった <input type="checkbox"/> その他()

希望する診療・検査内容
<input type="checkbox"/> 骨密度測定のみ <input type="checkbox"/> 骨密度測定と治療方針アドバイス
<input type="checkbox"/> 骨密度測定と血液尿検査 <input type="checkbox"/> 骨密度測定と初回処方

精密検査結果報告書

※必要に応じて使用

DXA 機種 ()
メーカー <input type="checkbox"/> HOLOGIC <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/> 日立アロカ <input type="checkbox"/> その他()

椎体(部位)
骨量 g/cm ²
YAM% %
T-score

脊椎 XP	<input type="checkbox"/> 撮影 <input type="checkbox"/> 未撮影
骨折有無	なし・あり (○は骨折部位、×は強く扁平化した部位)
(胸椎 Th4	5 6 7 8 9 10 11 12
腰椎 L1	2 3 4 5)

全大腿骨
骨量
YAM%
T-score

治療薬処方・治療についてのアドバイス

大腿骨頸部
骨量
YAM%
T-score

検査日	診断医
-----	-----

オプション

骨吸収マーカー 検査日:
種類 <input type="checkbox"/> TRACP5b (正常範囲)
<input type="checkbox"/> その他()(正常範囲)
結果:

腎機能と尿中 Ca 検査日:
eGFRcre
eGFRcys
uCa/Cre

骨形成マーカー 検査日:
種類 <input type="checkbox"/> P1NP (正常範囲)
<input type="checkbox"/> BAP (正常範囲)
結果:

備考
