

骨密度測定検査依頼書

(八重山医療機関用)

患者氏名：

検査部位		
<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 腰椎 + 大腿骨	
<input type="checkbox"/> 大腿骨	<input type="checkbox"/> 前腕	
移動形態		
<input type="checkbox"/> 単独歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
妊娠		
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
臨床診断・症状		

※わかる場合はご記入ください。

身長 _____ cm

体重 _____ kg