骨密度測定検査依頼書　（八重山圏内医療機関用）

年　　月　　日

紹介元医療機関			
（カナ） 患者氏名	八重山病院ID：	性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日	☐ 大正　☐ 昭和 ☐ 平成　☐ 令和　　年　　月　　日		
患者連絡先	TEL　　☐ 本人　☐ その他（　　）		

検査希望日等 ※できるだけご記入ください	

●検査部位

☐ 腰椎　☐ 腰椎＋大腿骨　☐ 大腿骨　☐ 前腕

●妊娠の可能性

☐ 有　☐ 無

●臨床診断（診断名）

●症状等その他特記事項

●身長・体重

身長 ＿＿＿＿＿＿ cm

体重 ＿＿＿＿＿＿ kg

※身長・体重は、分かる場合はご記入ください。

●移動形態（ADL）

☐ 単独歩行可
☐ 歩行可（要介助）
☐ 車椅子
☐ ベッド（ストレッチャー）

※すべてに欄にご記入・チェックをお願いします。

沖縄県立八重山病院

2022.4月改訂