

# DEXA依頼書

フリガナ 氏名				様
生年 月日	T・S・H 年 月 日	性別	男・女	
身長	cm	体重	kg	

依頼施設	
指示医	

指 示			
撮影方法	<input type="checkbox"/> 腰椎のみ	<input type="checkbox"/> 股関節のみ	<input type="checkbox"/> 腰椎+股関節

検査日	年	月	日
午前・午後	時	分	

- 妊娠中または妊娠の可能性のある方は検査は控えていただきます。
- 腰椎および股関節に金属物が埋め込まれている方は、該当部位を除外して検査を行います。
- お食事は普通に摂っていただいて結構です。
- 普段飲んでいるお薬は欠かさず飲んでください。
- 検査は仰向けで行い、10分程で終了します。

## 詳細指示

管電圧	管電流	タイマ	スキャン回数	デジタル管理	造影剤	技師
			単 造			