

氏名

性別

生年月日 西暦 年 月 日 (歳)

【検査部位】 検査部位にチェックを入れ、必要な場合は詳細指示にご記入下さい。

☐ 腰椎 + 大腿骨（ひだり・みぎ） ☐ 腰椎 ☐ 大腿骨（ひだり・みぎ） ☐ 前腕 （ひだり・みぎ）	詳細指示
---	------

【骨密度検査に関する問診欄】 下記の該当項目に○印をつけ、必要事項をご記入下さい。

1	腰椎・大腿骨・前腕（検査部位）に金属が入っている	いいえ	はい
2	1 週間以内にバリウム検査を行った	いいえ	はい
3	2.3 日以内に造影剤検査を使った検査（CT・MRI など）を行った	いいえ	はい
4	10 分間仰向けの体勢がとれない	いいえ	はい
5	糖尿病患者向けグルコース測定器（例：リブレ）を装着している	いいえ	はい
6	妊娠中又は妊娠の可能性がある（女性のみ）	いいえ	はい

※ 詳細指示が無い場合は、腰椎は L2 ～ L4、大腿骨はひだり、前腕は、「非利き腕」で検査を行います。

※ 上記 1 ～ 6 の問いで「はい」が 1 つでもある場合、検査を受けることが出来ません。

※ 前腕の場合のみ上記 2 ～ 4 の問いで「はい」でも検査可能です。

※ 上記 5 の問いで「はい」でも検査するときにご本人が外して頂ければ可能です