様式Ｘ－００９号

骨密度測定検査問診表

患者様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　T・S H・R　年　月　日生（　歳）男・女

１．ペースメーカー（体内 ・ 体外式共に）　有 ・ 無

２．人工肛門など　有 ・ 無

３．動脈硬化症（大動脈カルシウム沈着）または尿路結石症　有 ・ 無

４．検査日より１週間以前までにバリウム検査を受ける予定がある方　有 ・ 無

５．骨移植片 ・ 手術時クリップ ・ 骨接合材
異物 ・ 体内金属（腰椎 ・ 大腿骨 ・ 前腕骨）など　有 ・ 無
（　）

６．妊娠の可能性　有 ・ 無

７．その他（タトゥーなど）　有 ・ 無

問診担当医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

問診日

令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞
令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞
令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞
令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞
令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞
令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞
令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞
令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞
令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞
令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞	令和　年　月　日 ㊞