

## 平成31（2019）年度 柏市骨粗しょう症検査 登録票

該当する検査法等に“○”をお願いします。

\*②に該当する場合、測定方法に“○”と測定部位を記載ください。

➡ 該当する検査方法に“○”

	登録	測定方法	測定部位
一次検査の①～③のうち、登録する検査に○を記入		①DXA法(腰椎部位)	腰 椎
		②-1 SXA法	*測定部位にチェックしてください。  <input type="checkbox"/> 中手骨  <input type="checkbox"/> 橈 骨  <input type="checkbox"/> 前腕骨  <input type="checkbox"/> その他 ( )
		②-2 CXD法	
		②-3 DIP法	
		②-4 その他 ( )	
		③超音波法	踵 骨

	精密検査
--	------

医療機関名称 \_\_\_\_\_

記入者名 \_\_\_\_\_