

骨検査結果報告書

結果報告先 医療機関名	
診療科	科
医師名	先生侍史

DXA機種情報	
メーカー	<input type="checkbox"/> HOLOGIC <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/> 日立アロカ <input type="checkbox"/> その他()
機種	

椎体	
骨量	g/cm ²
YAM%	%
T score	

大腿骨近位部 (Total Hip)	
骨量	g/cm ²
YAM%	%
T score	

大腿骨頸部	
骨量	g/cm ²
YAM%	%
T score	

骨代謝マーカーを測定されていればご記入下さい。	
骨吸収マーカー 測定結果	
検査日:	年 月
検体:	<input type="checkbox"/> 血清
種類:	<input type="checkbox"/> TRACP-5b <input type="checkbox"/> NTX <input type="checkbox"/> CTX
結果:	
骨形成マーカー測定結果	
検査日:	年 月
検体:	<input type="checkbox"/> 血清
種類:	<input type="checkbox"/> BAP <input type="checkbox"/> P1NP
結果:	

椎体骨折 Xp		<input type="checkbox"/> 撮影	<input type="checkbox"/> 未撮影
Th (Th4~12)	<small>※圧迫骨折が確認された部位があればご記入下さい</small>	L (L1~5)	<small>※圧迫骨折が確認された部位があればご記入下さい</small>

治療薬処方 ・ 治療についてのアドバイス	

検査日	年 月 日
患者No	
受診者名	様
診断医	(診療科): 科 (医師名):
備考	