骨密度測定検査(DEXA)依頼書　兼　診療情報提供書

年　　月　　日

医療法人社団　同愛会病院
整形外科　ご担当医
〒132-0031 東京都江戸川区松島 1-42-21
TEL:03-3654-3311(代表)

貴院名:
診療科:
担当医名:

フリガナ **患者氏名**		**性　別**	男性 ・ 女性
生年月日	西暦・明・大・昭・平・令　　年　　月　　日	**年　齢**	才

紹介目的	骨密度測定検査(DEXA)
傷病名	□骨粗鬆症　□骨粗鬆症の疑い　□その他(　　)
既往歴及び家族歴	
治療経過	
現在の処方	
備考	

ご確認ください

令和 8 年度の診療報酬改定で、骨塩定量検査が「4 か月に 1 回」から「1 年に 1 回」に限り算定となりました。
なお、下記に該当する場合は、4 か月に 1 回の施行が可能となります。
前回検査日より 1 年未満に実施する場合は、以下を選択してください。
□前回検査日より 1 年未満である。

□ ア　骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して 1 年以内の場合
□ イ　新たに骨折した場合
□ ウ　関係学会のガイドラインで示されている骨折危険因子が新規に増えた場合
□ エ　ビスホスホネート薬治療の中断を検討する場合
□ オ　グルココルチコイド、アロマターゼ阻害薬、抗アンドロゲン薬、骨形成促進薬等、骨減少又は骨増加をきたす薬剤を投与する場合
□ カ　吸収不良、全身性炎症性疾患、長期不動、人工閉経等、骨減少又は骨増加をきたす疾患等を有する場合

医療法人社団　同愛会病院
2026/6/1 作成