

脳卒中・神経脊椎センター 患者ID

--	--	--	--	--	--	--	--

## EOS検査依頼書 兼 紹介状(診療情報提供書)

フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女)

生年月日 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

検査予約日: 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

### 【ご注意】

依頼医師は、以下の項目にチェックをお願いします。

1 ICD、CRT-Dやメドトロニック社製InSync8040、製造元不明ペースメーカーの装着  
なし あり ⇒ (装置植込み部位: \_\_\_\_\_)

2 脳・神経等の電気刺激装置(SCS、DBS、VNS等)の装着  
なし あり ⇒ (装置植込み部位: \_\_\_\_\_)

※“あり”にチェックがある場合は、装置本体に照射できないため、その部位を除いた下肢(骨盤～足部)等の検査となります。全脊椎、全身の検査はお受けできません。

### [検査依頼医療機関]

名 称 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_ 科

電 話 \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

病 名  
(疑いを含む) \_\_\_\_\_

[検査目的、診断名、主症状、特別指示等をご記入ください]

### [検査部位をご指定ください]

全脊椎(骨盤を含む)  下肢(骨盤～足部)  全身(全脊椎+下肢)

### [撮影方法]

立位  座位  立位+座位

※ 本依頼書その他、『EOS検査確認項目票』も併せてFAXをお願いします。

2枚目あり

令和6年 6月 改訂

患者氏名

脳卒中・神経脊椎センター 患者ID

## EOS検査 確認項目票

### [依頼医師確認事項]

以下の項目の該当箇所にチェックをお願いします。

- ICD、CRT-Dやメドトロニック社製InSync8040、製造元不明のペースメーカーの装着  
なし あり ➡ (装置植込み部位: \_\_\_\_\_)
- 脳・神経等の電気刺激装置(SCS、DBS、VNS等)の装着  
なし あり ➡ (装置植込み部位: \_\_\_\_\_)
- 介助なしで、3分程度の立位保持  
可能 可能でない
- 介助なしで、3分程度の座位保持  
可能 可能でない
- 脊椎数の異常・椎体の先天性奇形  
(半椎、二部脊椎、大腿骨頭部の形成不全等)  
なし あり
- 骨折・線維軟骨仮骨・脊椎すべり症・脊椎分離症・骨棘形成  
なし あり
- 手術による骨の形状に大きな変化のある骨  
なし あり
- 人工関節置換術の実施  
なし あり  
(具体的に: \_\_\_\_\_)

### [ご注意]

- 上記項目「1、2」の“あり”にチェックがある場合は、装置本体に照射できないため、その部位を除いた下肢等の検査となります。全脊椎、全身の検査はお受けできません。
- 上記項目「5、6、7、8」の“あり”にチェックがある場合は、撮影は行えますが、3D解析測定をすることができません。
- 次の場合は3D解析測定適応外ですのでご了承ください。
  - 7歳未満の脊椎3D解析測定
  - 骨年齢15歳未満の全身及び下肢3D解析測定
  - 撮像範囲に解析点が入らない方の全脊椎及び全身3D解析測定
- 女性の場合、妊娠の可能性がないことをご確認いただき検査をご依頼ください。