

別紙 5

届出年月日： 年 月 日

2026 年度（令和 8 年度）福山市骨粗しょう症検診実施届出書

医療機関名 _____

福山市骨粗しょう症検診について、次のとおり実施することを届け出ます。
実施する検査方法・部位の該当する項目に○印をお願いします。

検査方法			検査部位	
エックス線		CXD 法		腰椎
		DIP 法		前腕
		SXA 法		踵
		DXA 法		手首（橈骨）
		p QCT 法		手
		その他 ()		大腿骨
超音波		超音波法		その他 ()

※ 届出内容に変更が生じた場合は、その都度、連絡をお願いします。（担当課：健康推進課）