骨塩定量オープンシステム検査用ＦＡＸ紹介状

ＦＡＸ：０８５７－３９－０５３１
〒680-8517
鳥取市尚徳町１１７番地
鳥取赤十字病院
放射線科　　担当医　宛

記載日：　　年　　月　　日
紹介医療機関
所在地
名　称
ＴＥＬ
ＦＡＸ
医師名　　印

フリガナ		男・女	明・大・昭・平・令 年　月　日生（　歳）
患者氏名			
住　所	〒　－　　ＴＥＬ　－　－		
受診月日	受付来院時間：午前９時・午前９時30分 年　月　日（　）　（上記に○印をしてください）		
傷 病 名	1.骨粗鬆症　2.その他（　）		

紹介目的（既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考）

【主治医の先生へ】　以下の事項を必ずご確認のうえ、ご記入をお願いいたします。
ご不明な点は予約の際、放射線技師にお問合せください。

☆身長　　cm、　☆体重　　kg
☆腰部、腹部、骨盤部、大腿骨に体内金属の有無　（　有り　・　無し　）
（有り）の場合は内容を記載ください。
腹腔内クリップ・ステント・コイル・フィルター・腰椎固定術後・股関節骨折後(右・左)
その他（　）