

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()