**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　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載日：　　　年　　　月　　　日

　　放射線科　　　　担当医　宛　　　　　　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　　　　　㎝、　☆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(　　　　　　　　　　　　　　　　)** | | | |

2023(R5)11