

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	明・大・昭・平・令
患者氏名		・ 女	年 月 日生 (歳)
住 所	〒 —	TEL	— —
受診月日	年 月 日 ()	受付来院時間：午前9時・午前9時30分	(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 (有リ ・ 無シ)			
(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()			