

紹 介 状 (診療情報提供書)
(骨 密 度)

年 月 日

医療機関 佐野厚生総合病院

放射線科

TEL 0283-22-5222

FAX 0283-22-8982

放射線科受付 内線 5100

医療機関の所在地

お よ び 名 称

電 話 番 号

医 師 氏 名

㊞

フリガナ 患者氏名				生年月日	年 月 日 (歳)	男・女
主訴・病名 既往歴 症状経過						
身長	cm	体重	kg			
《骨密度問診》						
① 1週間以内に造影剤（バリウム・ヨード剤）を使った検査を受けましたか？					はい ・ いいえ	
② 1週間以内に RI 検査または PET 検査を受けましたか？					はい ・ いいえ	
③ 骨折の手術経験はありますか？					はい ・ いいえ	
④ 妊娠の可能性はありますか？					はい ・ いいえ	

※注意 必要事項をご記入の上、FAX をお願いいたします。