⇧

FAX　047－324－8539

国際医療福祉大学市川総合病院
患者支援センター 地域医療連携室
TEL:047－322－0151

診療情報提供書(椎体骨折依頼書)

ID　:

貴医療機関名	ご担当医

ふりがな		生年月日	性別
患者様名		年　月　日（　才）	男 ・ 女
住所	TEL:　（　）	携帯:　（　）	

骨折部位	胸椎	腰椎
	高位(T　)	高位(L　)
画像検査	MRI	撮影済　・　未撮影
骨密度	骨塩定量結果　:　有　・　無	YAM値
骨粗鬆症治療歴	無	
	有　内服(薬剤名　)	注射(薬剤名　)

既往歴　糖尿病　:　無
有

手術歴　無 ・ 有　年　月　術式　:
無 ・ 有　年　月　術式　:

アレルギー薬剤　:　無 ・ 有(	造影剤アレルギー　:　無 ・ 有(　)

移動方法　:　歩行　・　車椅子　・　ストレッチャー

当院MRI予約日時:　年　月　日　(午前・午後)　時

市川東病院様　MRI予約日時:　年　月　日　(午前・午後)　時

当院診察予約日時:　年　月　日　(午前・午後)　時