



FAX 047-324-8539

東京歯科大学 市川総合病院
地域医療連携室

047-322-0151 内線(2214)

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	M・T・S・H 年 月 日 (才)	男・女
住所	TEL: () 携帯: ()	

骨折部位	胸椎 高位(T)	腰椎 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 分
------------	---------------	-----

市川東病院様 MRI予約日時:	年 月 日 (午前・午後)	時 分
-----------------	---------------	-----

当院診察予約日時:	年 月 日 (午前・午後)	時 分
-----------	---------------	-----