

〒 _____
(御住所) _____
_____ 様



※上記点線枠内に、本状送付先の住所、氏名のご記入をお願いします。
(必ずご記入ください)

【放射線科 記入欄】

問診票およびアンケートのご送付ありがとうございました。
ご記入内容を拝見し、下記の通り判定いたしました。

当院で行っています経皮的椎体形成術(骨セメント治療)に

	適応の可能性があると判定いたしました (適応の最終判断は診察後に決定いたします)
	適さないと判定いたしました <input type="checkbox"/> 圧迫骨折はありますが、ほとんど固まっており骨セメント療法の効果は望めないと思います。 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症が痛みの原因と考えます。 整形外科受診をお勧めします。 <input type="checkbox"/> その他()

詳しくは次の用紙をご参照ください。

〒104-8560 東京都中央区明石町9番1号
電話 03-3541-5151(代表)
財団法人 聖路加国際病院
放射線科 小林 信雄

SLIH-2012.10.30-Ver.1.00