脊柱側弯症検診紹介状

紹介先医療機関：　福井県こども療育センター　　　　→　　**Fax：0776-53-6576**

　脊柱側弯症検診担当医　先生

紹介児氏名：　　　　　　　　　　　（男・女）（平成　　年　　月　　日生）

　　住所　：

　　電話　：

【一次検診結果】＊□にチェックをお願いします

* **X線検査で脊柱に弯曲・変形あり**
* 背中の形の左右差や背部の突出（こぶ）
* 肩の高さや腰のラインの左右差
* 家族歴（血縁者が側弯症：　　　　　）
* 保護者の希望
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

上記の通り、脊柱変形が疑われますのでご精査の程、宜しくお願い申し上げます。

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　病院　　　　科　　　　　　　　保健所／市・区・町・村

担当医師：

（以下に記入しご返信頂くか、貴院所定の返信用紙をお使い頂き、結果を必ずご返信ください）

返信欄：二次検診結果をご報告申し上げます。

□異常なし

□所見あり ⇒ 診断名：「　　　　　　　　　　　　　　　　」

□経過観察いたします

□治療（ 　装具療法　・　手術治療　）をお勧めいたしました。

二次検診施設：福井県こども療育センター　　　　年　　月　　日

　　担当医師：