

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線検査で脊柱に彎曲・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： _____