

診療情報提供書

紹介先医療機関等名 のりまつ整形外科・骨粗しょう症クリニック

担当医 整形外科 乗松 祐佐 宛 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	性別	男・女
患者住所		
電話番号		
生年月日	年 月 日	(歳) 職業

傷病名

紹介目的	骨密度検査の依頼	DEXA法(腰椎および左大腿骨)
	部位の希望があればご指定ください	
	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 右大腿骨近位 <input type="checkbox"/> 左大腿骨近位

既往歴及び家族歴	<input type="checkbox"/> 腰椎手術 <input type="checkbox"/> 股関節手術
----------	--

治療経過	この度は大変お世話になります。 DEXA検査を依頼致します。 何卒よろしく願い申し上げます。 (前回検査; 年 月 日)
------	---

現在の処方

備考

～ 骨密度検査を受けられる患者様へ ～

- ・診察受付時間内にお越しください。
- ・検査当日は保険証・診療情報提供書・診察券（当院再診の場合）をご提示ください。
- ・検査室内では医師や看護師、担当技師などスタッフの指示に従ってください。
- ・診療の都合上、緊急を要する方を優先する場合がありますので、予めご了承ください。

診療時間	月	火	水	木	金	土	日祝
9:00～13:00	●	●	-	●	●	●	-
15:00～18:00	●	●	-	●	●	-	-

受付時間：診療時間終了の 30 分前
 休診日：水曜日/土曜日午後/日曜日/祝日

アクセス

- ・京王線 「仙川駅」より徒歩 10 分
- ・京王線 「千歳烏山駅」より徒歩 15 分



のりまつ整形外科・
骨粗しょう症クリニック

〒157-0064
 東京都世田谷区給田1-3-11 グランスイート世田谷仙川1階
 （共用駐車場あり）
 TEL 03-5313-5555 FAX 03-5313-5565

