**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* 腰椎　　　　□　右大腿骨近位　　　□　左大腿骨近位
 |
| 既往歴及び家族歴 | * 腰椎手術　　□　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。何卒よろしくお願い申し上げます。（前回検査；　　　　　年　　　　月　　　　日） |
| 現在の処方 |  |
| 備考 |  |

