

診療情報提供書 骨粗鬆症病診連携用

(佼成病院提出用)

年 月 日

紹介先 立正佼成会附属佼成病院
整形外科 外来担当医 先生

ご紹介元医療機関様：
所在地：
名称：

来院希望日： 月 日
佼成病院患者番号：
フリガナ： 男
氏名： 女
生年月日： 西暦・大正・昭和・平成
年 月 日 才

電話番号：
FAX番号：
医師氏名： 印
受付(Mブロック受付時間 14時～16時)
代表電話番号 03-3383-1281
直通FAX番号 03-3384-5772

住所： 連絡先：

紹介目的：
 骨粗鬆症総合診断および治療
 骨密度検査
 薬剤治療アドバイス
 その他 []

傷病名：
 #1 #4 骨粗鬆症治療歴 有 無
 #2 #5 糖尿病 有 無
 #3 #6 腎不全 有 無

既往歴および家族歴：

現在の処方：

・ ・ ・
 ・ ・ ・
 ・ ・ ・
 ・ ・ ・

骨粗鬆症スクリーニング		骨代謝マーカー	
ステロイド使用歴		検査の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
50歳以上の骨折歴		検査日	年 月 日
親の大腿骨骨折家族歴		マーカー	
人生の最大身長から2cm以上低い			
身長	cm		
体重	kg		

その他情報・要望事項等