

診療情報提供書

(骨粗鬆症病診連携 患者紹介用)

令和 年 月 日

新潟臨港病院 整形外科
外来担当医 先生

医療機関

医師氏名

印

住所 〒

TEL

FAX

加	性別: 男性・女性	●
患者氏名: 様	生年月日: T・S・H 年 月 日 (才)	

傷病名 #1	#4
#2	#5
#3	#6

紹介目的	<input type="checkbox"/> ① 骨粗鬆症総合診断および治療	<input type="checkbox"/> ② 骨密度検査	●
	<input type="checkbox"/> ③ 薬剤治療アドバイス	<input type="checkbox"/> ④ 転倒予防運動指導	
	<input type="checkbox"/> ⑤ その他 ()		

既往歴・治療経過

現在の処方	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり	<input type="checkbox"/> 下記のとおり
・		・
・		・
・		・
・		・
・		・
・		・

骨粗鬆症スクリーニング	骨代謝(吸収)マーカー	●
50歳以上の骨折歴	検査有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
親の大腿骨骨折家族歴	検査日 _____	
人生の最大身長から2cm以上低い	マーカー _____	
身長 _____ cm	体重 _____ kg	

その他情報
要望事項等

●の欄は診療情報提供書を別葉で添付する場合でも記入して下さい。
「様式①診療予約申込書」とともにFAX送信し、原本を患者様にお預け下さい。