

診療情報提供書

DXA連携システム専用

令和 年 月 日

紹介先 医療機関名

函館中央病院 整形外科・放射線科 御担当 先生御机下

(〒040-8585 函館市本町33-2 地域医療連携室 TEL0138-55-3421 FAX0120-715-888)

紹介元 医療機関名

住所

名称

電話

FAX

医師名

(フリガナ)		性別	住所	
患者氏名		男・女	電話	
生年月日		(歳)	職業	

傷病名	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症(疑い)
紹介目的	<input type="checkbox"/> ① 検査依頼(DXA)のみ(放射線科 紹介) <input type="checkbox"/> ② 検査(DXA) + 診察(整形外科 紹介) <input type="checkbox"/> ③ 検査(DXA) + 推奨薬紹介(整形外科 紹介) <input checked="" type="checkbox"/> 逆紹介の可否について → <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否
既往歴 (家族歴)	*ステロイド剤服用の有無 ⇒ <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
病状経過 治療経過 検査結果 現在の処方	
備考	