

診療情報提供書

平成 年 月 日

医療機関名：

科

先生ご机下

紹介元医療機関の所在地

名称

電話番号

医師氏名

印

フリガナ 患者氏名	様	性別	男 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
疾患名	骨粗鬆症		
紹介目的	DXAによる骨密度検査をよろしくお願いいたします。		
臨床経過 依頼事項	<p>平素より大変お世話になっております。</p> <p>DXAによる骨密度測定をお願いできれば幸いです。</p> <p>測定は、 腰椎 大腿骨頸部 大腿骨近位部 腰椎および大腿骨近位部 前腕 でお願いたします。 (希望部位に○)</p> <p>結果は、同封の「ご返事」用紙に記載いただくか、検査結果用紙（または写し）を同封していただければ幸いです。</p> <p>お手数をおかけしますが、よろしくお願いいたします。</p>		
備考			