**ご　返　事**

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による骨密度検査の結果をお知らせします。 |
| 臨床経過依頼事項 | 平素より大変お世話になっております。この度、ご依頼によりＤＸＡによる骨密度測定を行いました。結果は以下のとおりです。（１）検査結果用紙（または写し）を同封いたします。（２）腰椎（L2-4）　　　　％YAM　　　　　％同年齢平均　　　大腿骨頚部　　　　　％YAM　　　　　％同年齢平均　　　大腿骨近位部　　　　％YAM　　　　　％同年齢平均　　　　橈骨　　　　　　　　％YAM　　　　　％同年齢平均　　　　　　　　　　　　　　　　　　　今後ともどうぞよろしくお願いいたします。 |
| 備考 |  |

埼玉県整形外科医会　埼玉県骨粗鬆症研究会　ＤＸＡ有効利用ネットワーク