**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 | 平素より大変お世話になっております。ＤＸＡによる骨密度測定をお願いできれば幸いです。測定は、腰椎　大腿骨頚部　大腿骨近位部　腰椎および大腿骨近位部前腕　　　でお願いいたします。　（希望部位に○）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。お手数をおかけしますが、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