

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	<p>平素より大変お世話になっております。</p> <p>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。</p> <p>(1) 検査結果用紙（または写し）を同封いたします。</p> <p>(2) 腰椎 (L2-4) %YAM %同年齢平均 大腿骨頸部 %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</p> <p>今後ともどうぞよろしくお願いたします。</p>		
備考			