

診療情報提供書（整形外科骨粗鬆症外来予約申し込み書）

令和 年 月 日

石巻市立病院 宛

〒986-0825 石巻市穀町15番1号

電話 0225-23-7832(地域医療支援センター直通)

FAX 0225-25-7216(地域医療支援センター直通)

担当医：整形外科 大森 康司

紹介元医療機関

名称

住所

電話

FAX

医師氏名

印

※予約受付時間外(平日17時以降・土日祝日)のお申し込みは連携室担当者不在のため、原則として翌診療日のお返事となります。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
住所	〒		
自宅電話	()	携帯電話	()

* A-1またはB-1 B-2 B-3より1つお選びください。

紹介 目 的	A 検査予約 *結果は即日患者様へお渡しし、貴院へ郵送いたします。			
	検査希望日 ※火曜日以外の午前9:00~13:00でご予約いたします。			
	<input type="checkbox"/> A-1、骨密度検査のみ (DXA:腰椎&大腿骨頸部)	第1希望	月 日 () 午前 ・ 午後	第2希望
B 紹介予約 *通常の整形外科紹介として取り扱います。				
<input type="checkbox"/> B-1、骨密度検査と薬剤治療アドバイス				
<input type="checkbox"/> B-2、骨粗鬆症総合診断と治療				
<input type="checkbox"/> B-3、骨粗鬆症総合診断と治療その後のフォロー				

臨床診断

臨床経過(病状経過及び検査結果)

既往歴及び家族歴(下記の中からお選びください。)

- 高血圧・心疾患 糖尿病 脂質異常症 慢性腎臓病
 慢性閉塞性肺疾患 関節リウマチ ステロイド服用
 その他()

内服薬(お薬手帳のコピー添付も可です。)

※医療関係者各位

- ご記入後、地域医療支援センターまでFAXでお送りください。
- 予約日当日は、「診療情報提供書(原本)」「予約票」「保険証」「お薬手帳」を持参するようご案内をお願いします。
- 申込み書に記入する個人情報については、診療に必要な患者登録、診療予約等の業務にのみ利用します。