

DXA 連携専用 診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先 医療機関名

沖縄県立宮古病院 地域連携室
TEL:0980-72-1352 FAX: 0980-72-1362

紹介元 医療機関名

名 称			
住 所			
電 話		FAX	
医師名			

患者情報

かな		性別
患者氏名		男・女
生年月日	年 月 日 (歳)	
住所		
電話		

傷病名	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の疑い
紹介目的	<input type="checkbox"/> DXA+推奨薬紹介(整形外科紹介)→可能な範囲で「既往歴」をご記載ください。 <input type="checkbox"/> DXA+薬剤導入(整形外科紹介)→可能な範囲で「既往歴」をご記載ください。
既往歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 骨折(部位) <input type="checkbox"/> ステロイド服用 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 腰椎・股関節手術 その他 ・身長 cm ・体重 Kg ※お薬手帳を必ずご持参いただきますようお願い致します。
備 考	希望日があればご記入ください。(外来日は月・水・金の午前9時～11時です)