

骨粗鬆症連携申込書

平成 年 月 日

送信先

医療法人社団履信会 さっぽろ厚別通整形外科

札幌市厚別区厚別西5条1丁目15-21

TEL:011-894-8887

FAX:011-894-8873

紹介元医療機関

施設名: _____ TEL _____

FAX _____

医師名: _____

患者基本情報

| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
|------|--|-----|------------|
| 氏名 | | 男 女 | 年 月 日 (歳) |

御依頼事項等

| | |
|--------------|------------------------------------|
| 現在使用中の 薬剤 | |
| ご希望事項 | <input type="checkbox"/> 検査依頼(DXA) |
| | <input type="checkbox"/> 検査及び治療依頼 |
| その他 ご希望事項 | |

※DXAは半年おきに測定しております

※来院予定日から1週間以内にバリウム・造影剤を用いた検査を実施している場合は骨密度検査を実施出来ません