

【 骨密度検査 兼 診療情報提供書 】

年 月 日

もちづき整形外科 内科・リハビリクリニック

望月 亜希

紹介元医療機関

医療機関名称 _____

下記患者の骨密度を依頼します

医師氏名 _____

電話番号 _____

患者氏名 _____

生年月日 _____

患者住所 _____

電話番号 _____

傷病名 : 骨粗鬆症疑い

紹介目的

- 骨密度測定
- 診断がついた場合は、当院での血液検査(骨代謝マーカー等)及び加療のご希望がありますか？

希望する / 希望しない

特記事項がございましたら、ご記入ください