|  |  |
| --- | --- |
| **整形外科（骨粗鬆症）専用申込書** | **松下記念病院　　　　ＦＡＸ（０６）６９９２-６６９７　（医療連携専用）** |
| **診療情報提供書（ＦＡＸ紹介予約申込書）** |

　年　　　　月　　　　日

**松下記念病院　整形外科** 　　　　　　　　　　　**先生**

㊞

医療機関名

医師氏名

住所

電話番号

ＦＡＸ番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者 | フリガナ | 生年月日 | 　□大　　□昭　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　□男　□女 | 　□平　　□令　　　　　　　　（　　　　　歳） |
| 今までに松下記念病院を受診したことが　　　　　　　　　　　　　　　□ あります　　　　□ ありません |

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 | 　骨粗鬆症 |
| 紹介目的 | * ① DXA（骨塩定量）
* ② 採血
* ③ 運動療法（バランス・筋力訓練指導など）
* ④ 食事・栄養指導
* ①～④すべて（骨粗鬆症リエゾン介入）

治療方針* 薬剤選択依頼

その他 |
| 既往歴 | * 糖尿病　　□ 脂質異常症　　□ 高血圧・心疾患　　□ 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 骨粗鬆症治療歴 |  |
| 症状・検査・治療経過・特記事項 |  |

|  |
| --- |
| 受診希望日　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　　日　（　　　　　　）　　　　　　　　　希望 |
| 患者様が待機されている等　FAX受信後、直ちに連絡の必要がありますか？　　　　　□　有 |

備考：予約申し込みのFAX送信は来院希望日前日までの、平日８：３０～１7：００にお願いいたします。

松下記念病院　患者支援連携センター

〒570-8540　　守口市外島町５番５５号　　直通TEL　（０６）６９９２-５３７３