

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 (印)
 住 所
 電話番号
 FAX番号

患者	フリガナ	生年	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日
	氏 名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	月	日	(歳)
	今までに松下記念病院を受診したことが			<input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> ありません	

傷病名	骨粗鬆症
紹介目的	<input type="checkbox"/> ① DXA(骨塩定量) <input type="checkbox"/> ② 採血 <input type="checkbox"/> ③ 運動療法(バランス・筋力訓練指導など) <input type="checkbox"/> ④ 食事・栄養指導 <input type="checkbox"/> ①～④すべて(骨粗鬆症リエゾン介入) 治療方針 <input type="checkbox"/> 薬剤選択依頼 その他 []
既往歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧・心疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> ステロイド服用 <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> 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。