

診療情報提供書（骨密度検査依頼書）

平成 年 月 日

紹介先医療機関

遠賀中間医師会おんが病院
放射線科 小池真生子 行

〒811-4342 遠賀郡大字尾崎 1725-2
代表電話 093-281-0810
地域医療連携室 TEL 093-281-3850
FAX 093-282-0183

紹介元医療機関名・所在地・電話・FAX

--

検査予約日	平成 年 月 日																
フリガナ																	
患者名	様 男・女																
生年月日	M・T・S・H 年 月 日（ 歳）																
診断名	骨粗鬆症（ <input type="checkbox"/> 疑い ・ <input type="checkbox"/> 経過観察 ）																
症状経過 および 検査結果	腰椎圧迫骨折 <input type="checkbox"/> 有（ L 1・2・3・4・5 ） ・ <input type="checkbox"/> 無 大腿骨骨折 <input type="checkbox"/> 有（ 右 ・ 左 ） ・ <input type="checkbox"/> 無																
現在の処方	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> フォサマック</td> <td><input type="checkbox"/> ボナロン</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アクトネル</td> <td><input type="checkbox"/> ベネット</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ダイドロネル</td> <td><input type="checkbox"/> アレディア</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> テイロック</td> <td><input type="checkbox"/> ビスフォナール</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ソメタ</td> <td><input type="checkbox"/> ボノテオ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> リカルボン</td> <td><input type="checkbox"/> エビスタ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビビアント</td> <td><input type="checkbox"/> フォルテオ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> オステン</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> フォサマック	<input type="checkbox"/> ボナロン	<input type="checkbox"/> アクトネル	<input type="checkbox"/> ベネット	<input type="checkbox"/> ダイドロネル	<input type="checkbox"/> アレディア	<input type="checkbox"/> テイロック	<input type="checkbox"/> ビスフォナール	<input type="checkbox"/> ソメタ	<input type="checkbox"/> ボノテオ	<input type="checkbox"/> リカルボン	<input type="checkbox"/> エビスタ	<input type="checkbox"/> ビビアント	<input type="checkbox"/> フォルテオ	<input type="checkbox"/> オステン	
<input type="checkbox"/> フォサマック	<input type="checkbox"/> ボナロン																
<input type="checkbox"/> アクトネル	<input type="checkbox"/> ベネット																
<input type="checkbox"/> ダイドロネル	<input type="checkbox"/> アレディア																
<input type="checkbox"/> テイロック	<input type="checkbox"/> ビスフォナール																
<input type="checkbox"/> ソメタ	<input type="checkbox"/> ボノテオ																
<input type="checkbox"/> リカルボン	<input type="checkbox"/> エビスタ																
<input type="checkbox"/> ビビアント	<input type="checkbox"/> フォルテオ																
<input type="checkbox"/> オステン																	