

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	<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"/> ゾメタ <input type="checkbox"/> ボノテオ <input type="checkbox"/> リカルボン <input type="checkbox"/> エピスタ <input type="checkbox"/> ピビアント <input type="checkbox"/> フォルテオ <input type="checkbox"/> オステン		