この紹介フォームをプリントして紹介状として使用してください

**骨粗鬆症紹介フォーム**

紹介元情報

病院名

診療科

医師

患者氏名

生年月日　（ T・S・H　　　年　　　月　　　日 ）

性別　　　（ 男・女 ）

紹介目的（以下に✔をお願いします）

□ 骨密度測定のみ

□ 骨粗鬆症の診断のみ

□ 骨粗鬆症の診断と治療方針の提案のみ（治療は自院で行う）

□ 骨粗鬆症の診療をお任せしたい

□ その他（ステロイド、抗がん剤など使用中、透析中の場合に記載をお願いします）

※患者様の受診の際には保険証、お薬手帳の持参をお願い致します。