

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。