

診療情報提供書

紹介先医療機関名

DXA連携システム専用

年 月 日

桐生厚生総合病院

整形外科 _____ 先生

紹介元医療機関の
名称及び所在地

T E L
F A X
医 師 氏 名 _____

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				

傷病名	☐ 骨粗鬆症 ☐ 骨粗鬆症(疑い)
紹介目的	☐ ① 検査(DXA) + 診察 ☐ ② 検査(DXA) + 推奨薬紹介 <u>推奨薬紹介の際に血液データが必要なため、直近のものを同封いただけますと幸いです</u> ☒ <u>逆紹介の可否について</u> → ☐ 可 ☐ 否
既往歴	①検査(DXA) + 診察 を希望 → ご記載不要です ②検査(DXA) + 推奨薬紹介 を希望 → 可能な範囲でご記載ください *ステロイド剤服薬の有無 ⇒ ☐ 有り ☐ 無し
[現在の処方]	

地域医療連携室
FAX 0277-20-8174(直通)
TEL 0277-44-7150(直通)