

診察・骨密度検査依頼書（兼診療情報提供書）

公立甲賀病院 地域医療連携部 宛 平成 年 月 日

紹介元医療機関の 所在地及び名称 TEL: - -	医師名 FAX: - -
依頼項目 □骨密度検査のみ希望 受診希望日(第1希望: 月 日)(第2希望: 月 日)・指定なし 時間 □14:00~ □15:00~ □16:00~ □骨密度検査後、初期治療は甲賀病院、その後の治療継続は紹介元で行う □骨密度検査後、公立甲賀病院で治療継続 診療科 整形外科 受診希望日(第1希望: 月 日)(第2希望: 月 日)・指定なし 時間 (外来受付時間内) □その他()	

患者基本情報等

フリガナ		性別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日	M ・ T ・ S ・ H 年 月 日生 (歳)	
住所	〒	TEL
傷病名 紹介目的	□骨粗鬆症の疑い	
検査結果	BUN() CRE() Ca() 採血日 年 月 日	
既往歴 及び家族歴	□糖尿病 □認知症 □腎疾患 □高血圧症 □その他()	
症状経過 治療経過	□上記の通り、検査のみお願いします。 □上記の通り、検査と診察をお願いします。その後は、当院にて経過観察します。 □上記の通り、検査と公立甲賀病院での経過観察をお願いします。	
現在の処方 □持参の薬手帳を参照ください		

公立甲賀病院 地域医療連携部 TEL(0748)62-5267 FAX(0748)62-5273

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名を記入すること。
かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。