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　　令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関の 所在地及び名称	医師名
TEL:　　－　　－	FAX:　　－　　－

依頼項目	□骨密度検査のみ希望 検査希望日（第1希望:　　月　　日）（第2希望:　　月　　日）・指定なし 時間希望　□あり（　　時頃希望）※8:45～14:45の間でご記入ください □なし □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 ・ R　　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。