

骨密度検査 兼 診療情報提供書

年 月 日

裕香整形外科

矢嶋 裕香

紹介元医療機関

医療機関名称

下記患者の骨密度測定を依頼します。

医 師

電 話 番 号

.....
.....
.....

患者氏名 生年月日

患者住所

電話番号

傷病名

骨密度低下の疑い

紹介目的

骨密度測定依頼

※骨粗鬆症の診断がついた場合当院で追加の検査や治療を希望されますか？ はい いいえ

(特記事項がありましたら、ご記入ください。)