

診療情報提供書

いしばし整形外科 給田診療所

石橋 嘉津雄先生 御机下

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師指名

印

患者氏名	性別 男・女
生年月日	
住所	
電話番号	

傷病名

紹介目的 骨密度検査目的 DEXA 法（基本的には腰椎および左大腿骨となります） 部位の指定の希望があればチェックしてください <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 右大腿骨 <input type="checkbox"/> 左大腿骨

既往歴 <input type="checkbox"/> 腰椎手術 <input type="checkbox"/> 股関節手術 ※手術歴があっても金属部分は自動認識で除外されるため測定は可能ですが、若干の影響がございますので参考値となります。手術方法によっては他部位の検査となることがあります。

検査結果の説明 <input type="checkbox"/> 当院（紹介元施設）で説明 <input type="checkbox"/> 結果のみ、いしばし整形外科給田診療所で説明 <input type="checkbox"/> 結果説明および、今後はいしばし整形外科給田診療所での継続治療を希望 その他、ご希望等があればお書き下さい
