南総骨粗鬆症連携　診療情報提供書（診療所→亀田）

年　　月　　日

亀田クリニック

診療科　脊椎脊髄外科

医療機関の名称

及び所在地

電話番号

ＦＡＸ

担当医　　　　　　　　　　　　 先生　　　　　　　診療科・医師氏名

＊宛先の医師名が不明の場合、科名のみご記入下さい。

|  |
| --- |
| フ リ ガ ナ  患者氏名 　　　　　　　　　（ 男・女 ）  生年月日 明・ 大・ 昭・ 平　　 年　　 月　　 日 （ 　才） |
| 【半年間の経過】   1. 骨折有無・部位　（　有　・　無　、骨折部位： 　　 ） 2. 転倒　（　有　・　無　）   □ ケガあり（　通院　 入院あり　/　なし　）  □ ケガなし  □ 不明   1. 治療状況   □ 処方薬継続中  □ 処方薬変更有  （変更理由： 　）   1. 検査結果（結果コピー）   □ 骨吸収/形成マーカー（　　　　　　　　　　 　　　　　　　　）  □ 骨密度（腰椎　　％ 大腿骨　　％ 橈骨　　％ 踵　　％ 中指骨　　％）  □ 生化学検査 |
| 【コメント欄】 |