

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

F A X

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

③ 治療状況

☐ 処方薬継続中

☐ 処方薬変更有

(変更理由：)

④ 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】