

# 診療情報提供書

DXA連携システム専用

令和 年 月 日

## 紹介先 医療機関名

辻外科リハビリテーション病院 御担当 先生御机下

(〒543-0072 大阪市天王寺区生玉前町3番24号

TEL 06-6771-0681 FAX 06-6773-8647)

## 紹介元 医療機関名

住 所

名 称

電 話

FAX

医師名

(フリガナ)		性 別	住 所	
患者氏名		男・女	電 話	
生年月日		( 歳)	職 業	

傷病名	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症(疑い)
紹介目的	<input type="checkbox"/> ① 骨密度検査依頼(DXA:腰椎・大腿骨)のみ(受診なし) <input type="checkbox"/> ② 骨粗鬆症専門外来への紹介(希望で骨粗鬆症栄養指導、リハビリ施行)
既往歴 (専門外来 受診時のみ)	
病状・治療経過 (専門外来 受診時のみ)	
備 考	