

# 診療情報提供書

(DXA連携システム専用)

年 月 日

<b>紹介先医療機関名</b>
医療法人社団まりも会 ヒロシマ平松病院 宛 〒732-0816 広島県広島市南区比治山本町11-27 TEL:082(256)3660(内線824) 又は082(256)3650(代表) FAX:082(256)3671(直通) <b>*紹介目的③の場合は、直近の血液検査データを一緒にFAXして下さい。</b>

<b>紹介元 医療機関</b>	
名称:	
住所:	
電話:	FAX:
医師名:	

<b>検査依頼 患者情報</b>				
かな				
氏名	男	・	女	
生年月日	年	月	日	
住所				
電話	ヒロシマ平松病院受診歴	あり	・	なし

<b>検査前確認項目</b>	
傷病名	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症(疑い)
紹介目的	① <input type="checkbox"/> 検査依頼(DXA)のみ ② <input type="checkbox"/> 検査(DXA) + 診察(結果説明) ③ <input type="checkbox"/> 検査(DXA等の検査) + 診察(結果説明・推奨薬紹介) <small>*③の場合は、推奨薬紹介の際に血液データが必要なため、直近のものを一緒にFAXして下さい。 必要に応じて当院で、血液検査、XPを実施する場合があります。</small>
既往症	
病状経過 治療経過 検査結果 現在の処方	
備考	

\*全て検査前に診察(検査説明)があります。