

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名  
財団法人 三友堂病院

笹木 勇人 先生

紹介元医療機関  
医療機関名称 .....

下記患者の骨密度測定を依頼します。

医 師 .....

電 話 番 号 .....

患者氏名 .....	生年月日 .....
患者住所 .....	.....
電話番号 .....	.....

<u>傷病名</u> 骨密度低下の疑い
<u>紹介目的</u> 骨密度測定依頼
(特記事項がありましたら、ご記入下さい。)

※紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保険所名を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。  
必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
必要がある場合は画像診断、検査の記録を添付すること。

三友堂病院