

# 診療情報提供書（紹介状）

## はくほう会加古川病院 骨粗鬆症外来

年 月 日  
**はくほう会加古川病院**  
**骨粗鬆症外来** 宛

医療機関名：  
 医師名：  
 住所：  
 電話・FAX

フリガナ		男・女	西暦	当院受診歴 有・無
紹介患者氏名			年 月 日 ( 月 日生 歳)	
住 所			電話	

\*印の付いた1.2.3.は、当院受診後、貴院で骨粗鬆症の加療を継続される選択肢です。

\* 1.骨粗鬆症の評価（検査結果も含む）の希望

\* 2.骨密度測定のみ（DEXA 法による腰椎・大腿骨）

\* 3.骨粗鬆症の治療方針決定を希望（治療方針についてご相談を希望される場合）

貴院での診療状況 現在処方されている骨粗鬆症治療薬など

診察 + 検査 + 治療方針決定（2回目受診時）+ 半年毎の検査予約  
 （3回目以降は、貴院で治療を継続いただき、半年ごとの評価は当院でさせていただきます）

4.診察 + 検査 + 治療方針決定 + 投薬 + フォローアップ  
 今後は当院にて診察治療を致します



TEL 079-438-0621(代)

**はくほう会加古川病院 予約センター FAX 079-438-0633**

受付時間 9:00~17:00 (FAX受信後、1時間程度で回答いたします。)