

診療情報提供書(骨粗鬆症用)

[紹介先医療機関]

年 月 日

東大和病院

整形外科

担当医 先生御侍史

医療機関名

住所

TEL

FAX

医師名

印

記

患者情報	氏名	様	性別	男・女
	ID番号			
	住所			
	電話番号			
	生年月日			

紹介目的・治療経過・既往歴・その他

骨粗鬆症に関して、御高診お願いいたします。
お薬手帳持参させます。
なにかありましたらお願いいたします。

外来診察依頼

検査依頼