

診療情報提供書(骨密度検査 予約票)

(様式1-3)
令和 年 月 日

JA北海道厚生連帯広厚生病院
地域医療連携室 御中
〒080-0024
帯広市西14条南10丁目1番地
地域連携室直通 FAX (0155)65-0136
地域連携室直通 TEL (0155)65-5080
代表 TEL(0155)65-0101 内線2111

依頼医師
住所
名称
医師氏名
電話
FAX

印

フリガナ		住所	
氏名	男・女		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日(才)	電話	() -
受診希望科	・呼吸器内科 ・循環器内科 ・消化器内科 ・血液内科 ・脳神経内科 ・小児科 ・外科 ・ 整形外科 ・心臓血管外科 ・脳神経外科 ・精神科 ・耳鼻咽喉科 ・形成外科 ・産婦人科 ・皮膚科 ・泌尿器科 ・眼科 ・麻酔科 ・放射線科 ・総合診療科		
骨密度検査		・至急 ・一週間以内 ・ 月 日希望	厚生病院受診歴 有 無
紹介目的	・治療 ・診断 ・手術 ・検査		
主訴又は疾病名			
既往歴(検査含)及び家族歴			
病状経過 治療経過 現在の処方内容	骨密度検査申込み 身長 cm 体重 kg		
患者の状態	・歩行可能 ・車椅子 ・ストレッチャー		
要望事項 留意事項等			
画像の持参の有無(部位等詳細)	1. CD-R() 2. フィルム() 3. CD-Rとフィルム() 4. なし		
入院の有無	1. 入院中 2. 施設入所中(施設名:)		