

JCHO玉造病院 骨粗しょう症外来 情報提供書（紹介予約）

【 紹介元情報 】

病院名

医師

TEL

FAX

患者氏名

性別

男性 ・ 女性

生年月日

T ・ S ・ H 年 月 日

【紹介理由（複数回答）】

- | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------|
| ☐ 本人希望 | ☐ 身長低下（円背） | ☐ やせ型 |
| ☐ 骨折（疑） | ☐ 大腿骨近位部骨折の家族歴 | ☐ 多飲酒 |
| ☐ 続発性骨粗鬆症（糖尿病・関節リウマチ・ステロイド内服・胃切除など） | | ☐ |

【 紹介目的 】 以下に ✓ をお願いします

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 骨粗鬆症の診断と治療方針 | ☐ 骨粗鬆症の診断のみ |
|---------------------------------------|------------------------------------|

【骨折歴】

【既往歴】

- | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ あり | ☐ 腎障害 | ☐ 糖尿病 | ☐ 肝障害 | ☐ 関節リウマチ |
| ☐ なし | ☐ 認知症 | ☐ 高血圧 | ☐ 骨腫瘍 | ☐ 悪性腫瘍 |
| ☐ 不明 | ☐ 慢性閉塞性肺疾患 | ☐ 胃切除 | ☐ 甲状腺機能亢進症 | ☐ 副甲状腺機能亢進症 |
| | ☐ 下肢静脈血栓症 | ☐ クッシング症候群 | ☐ 脳血管疾患 | ☐ 尿管結石・腎結石 |
| ☐ その他 | <input type="text"/> | | | |

【 予約希望日 】

事前検査日 (1～2週間前の火、木曜日)	第一希望	年	月	日	時	分
	第二希望	年	月	日	時	分
受診日 (第1,3火曜日 14:00～15:30)	第一希望	年	月	日	時	分
	第二希望	年	月	日	時	分

* 患者さまの受診の際には、保険証、お薬手帳の持参をお願いいたします

【通信欄】

【 お申込み・お問い合わせ 】

JCHO玉造病院 地域医療連携室

TEL 0852-62-1591

FAX 0852-62-1579