

診療情報提供書
(画像診断骨密度予約表)

熊本総合病院宛

独立行政法人地域医療機能推進機構

熊本総合病院

紹介元

放射線科 宛

医療機関名

熊本県八代市通町10番10号

医師氏名

印

直通電話 0965-88-9020(FAX兼用)

電話番号

(

)

-

FAX番号

(

)

-

患者氏名		患者	市・郡	町・村
性別・年齢	男 ・ 女 () 歳	住所		
生年月日	年 月 日	電話番号	() -	

傷病名	☐ 骨粗鬆症 ☐ 骨粗鬆症疑い
紹介目的	☐ 骨密度測定をお願い
経過及び 検査結果	
備考 【画像情報】	☐ CDR 要 ☐ CDR 不要 ☐ KMN ☐ その他 ()