

FAX 専用 骨密度検査予約申込書

平成 年 月 日

※本紙を**診療情報提供書**とともに地域ネットワークセンターまでご送付ください。

刀根山病院 地域ネットワークセンター 宛

FAX **06-6844-8778**

TEL 06-6853-2090 (直通)

06-6853-2001 (代表)

受付時間：平日 9:00~19:00

(木曜日のみ 9:00~17:00)

※受付時間以降のお申し込みは翌日営業日以降になります。

※当日のご予約はお取りできませんのでご了承ください。

〒 番号：

ご住所：

医療機関名：

電話番号：

FAX 番号：

医師名：

担当者名：

●当院でのご希望をお知らせ下さい。

<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症外来での診察も希望	→	骨粗鬆症外来 予約		
<input type="checkbox"/> 骨密度検査のみの希望 (※身長・体重は必ずご記入ください。)	→	骨密度検査 予約 (月~金 14:00)		
	身長	cm	体重	kg

●受診希望日 等があればご記入ください。

受診希望日 _____ 日

1週間以内 いつでも可

都合が悪い日 _____ 日

●刀根山病院 診察券 (有・無)

ID番号

--	--	--	--	--	--

フリガナ		男 女	生 年 月 日	明・大・昭・平
氏名				年 月 日
住所	(〒 _____)			歳
電話番号				
保険情報	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他 (_____)			

※持参資料、診療情報提供書(原本)は患者さまが受診日にお持ちいただく様にお願い致します。