

FAX 専用 骨密度検査予約申込書

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。

大阪刀根山医療センター
地域ネットワークセンター 宛

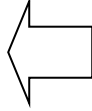
FAX **06-6844-8778**

TEL 06-6853-2090 (直通)
06-6853-2001 (代表)

受付時間：平日 9:00~18:00
(木曜日のみ 9:00~17:00)

※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。

● 診察券 (有 ・ 無)

ID番号

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

受診希望日 _____ 日

1週間以内 いつでも可

都合が悪い日 _____ 日

フリガナ		生	大・昭・平・令
氏 名		男 女	年 月 日
住 所	(〒 _____)		年 月 日 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。