

# 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**

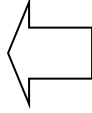
TEL 06-6853-2090 (直通)  
06-6853-2001 (代表)

受付時間：平日 9：00～19：00  
(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

● 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	( 〒 _____ )			
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。