

西新潟中央病院 骨粗鬆症外来
 受診予約FAX申込書 (診療情報提供書)

年 月 日

依頼施設名 _____ TEL _____

医師氏名 _____ FAX _____

紹介目的	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症診察及び治療 <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> 薬剤治療アドバイス <input type="checkbox"/> その他 (_____)
既往歴及び現病歴 紹介状を併せてFAXしていただければ、ご記入は不要です。	
現在の処方薬	
診療、検査に関してのご要望	
受診希望日	<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 希望日 ① _____ ② _____

フリガナ		生年月日	大・昭・平
患者氏名			年 月 日 (歳)
住所	〒 _____ TEL (_____)		
西新潟中央病院の受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		

- * 17時以降のFAX受付分は、後日ご返信いたします。
- * 骨粗鬆症外来の予約は月曜・水曜・金曜日の13:30から15:30です。
- * 診察→検査→結果説明で1時間程度のお時間がかかります。

西新潟中央病院 地域医療連携室 (受付時間：8:30~17:00) TEL 025-267-4314 FAX 025-267-4315
--