

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医療連携室までご送付ください。

刀根山病院 地域医療連携室 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下さい。

〒 番号：

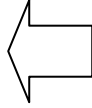
ご 住 所：

医療機関名：

電話番号：

FAX 番号：

医 師 名：



●当院でのご希望をお知らせ下さい。

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

●刀根山病院 診察券 (有・無)

ID 番号

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

●受診希望日 等があればご記入下さい。

--

ふりがな		男 女	生 年 月 日	明・大・昭和・平
氏 名				年 月 日
住 所	(〒 ー)			
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をお願い致します。