

年 月 日

**紹介患者さま事前登録申し込み用紙(骨粗しょう症外来専用)**

希望受診日	第1希望 年 月 日 ( ) 第2希望 年 月 日 ( )	
希望診療科	骨粗しょう症外来	担当医 徳川 誠治医師
紹介目的に <input type="checkbox"/> チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> ①骨密度測定(DXA)のみ <input type="checkbox"/> ②(骨密度測定(DXA)+血液検査・X線検査)及び治療方針アドバイス <input type="checkbox"/> ③当院での検査・継続診療 ※各種検査は、火曜日以外になります		既往歴 1.糖尿病 2.脂質異常症 3.高血圧・心疾患 4.虚血性心疾患 5.脳卒中 6.慢性腎臓病 7.慢性閉塞性肺疾患 8.甲状腺機能異常 9.副甲状腺機能異常 10.関節リウマチ 11.ステロイド服用 12.その他( )

必ずご記入ください

**患者さま個人情報**

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	年 月 日	男女
氏名				( 歳)	
骨粗鬆症治療歴	あり	なし			
住所	(〒 - )		TEL		
当院の診察券をお持ちの方はID番号を記入してください					

**患者さま保険情報**

**【被保険者証】**

保険者番号									
記号	番号								
資格取得月日		年 月 日	有効期限		年 月 日				
被保険者氏名	保険証等のコピーでも結構です								
一部負担金の割合									割

**【公費負担医療受給者証】**

負担者番号										受給者番号							
有効期限						年	月	日									

**紹介元医療機関**

医療機関名		担当医師	
所在地		Tel	
備考	必ずご記入ください		

- ☆ 15時30分以降の受け付けにつきましては診療科の都合により、お返事が翌日以降になることがありますのでご了承ください。
- ☆ 時間外・土・日・祝日に送信いただいた場合は、翌平日の受け付けとなりますのでご了承ください。
- ☆ 骨粗しょう症外来の予約では、診療情報提供書は不要です。