

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()

必ずご記入下さい

患者さま個人情報

フリガナ		日 生 年 月	M・T・S・H・R	年	月	日	男女
氏名						(歳)	男女
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番号を記入して下さい							

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	必ずご記入下さい		

☆ 15時30分以降の受付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下さい。

☆ 土曜日は受け付けいたしません。送信いただいても翌週平日の朝の処理となりますのでご了承下さい。

☆ 翌日予約については前日の15時30分までとします。

※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。