

新潟中央病院 骨粗鬆症病診連診 FAX 予約申込書

令和 年 月 日

送信先

医療法人仁愛会新潟中央病院 地域医療連携室 950-8556 新潟市中央区新光町 1-18 直通 FAX 025 280 0283 代表 TEL 025 285 8811 受付時間 月～金曜日 午前9時～午後4時30分
--

紹介元医療機関

_____ 医院 TEL _____ FAX _____
医師名 _____

患者基本情報

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男 女	年 月 日 (歳)
住所	〒 _____	
電話番号	携帯番号	
当院受診歴	あり (患者番号 _____) ・ なし	

診察希望日時

年 月 日 曜日 時 分

基本情報、御依頼事項等

骨代謝マーカー値 (お調べであれば)	Ca P Alp
使用薬剤	
ご希望事項	骨粗鬆症総合検査、治療 骨密度測定 薬剤治療アドバイス その他
その他ご希望事項	

※平日午後4時30分以降や休診日(土日祝日など)に受信した申込書への対応

- ・翌日又は休み明けの午前9時～9時30分に紹介元様へ外来受診確認書をご返信いたします。
- ・ご希望により、当院から患者様へ直接ご連絡いたします。 患者様へのご連絡 (要 ・ 不要)
尚この場合、受診日当日確認書をお持ちにならなくても受診していただけます。