

# 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

社会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7時
---

## 紹介元医療機関

医師名 _____	医院 _____	TEL _____
		FAX _____

## 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	身長	cm
	体重	kg
電話番号		
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			