

新潟中央病院 骨粗鬆症病診連携 FAX 予約申込書

平成 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)	身長/体重	Ca	P	Alp
使用薬剤	FRAX 全骨折 % 大腿骨近位骨折 %			
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				

※申込書受信後、速やかに外来予約確認書をご返信いたします。

※受付時間外や当院休診日に受信した申込書につきましては、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予約確認書をご返信いたします。