

骨粗鬆症外来診療予約申込書

※エクセルで入力する場合、二重線のBOXは手入力してください。その他はチェックボックスかプルダウンで選択可能です。

小樽市立病院

患者支援センター 宛

整形外科 担当先生御机下

〒047-8550 小樽市若松1丁目1番1号

電話 0134-25-1211(代表)

電話 0134-25-1605(直通)

FAX 0134-25-1600(専用)

紹介医療機関

名称	_____
住所	_____
電話	_____
FAX	_____
診療科	_____
医師名	_____

フリガナ	_____	性別	_____	生年月日	_____		
患者氏名	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	年	月	日	才
		男 女	明 大 昭 平 令				
住所	〒 _____	電話番号 _____					

依頼内容 または 紹介目的	<input type="checkbox"/> 骨密度測定のための依頼
	<input type="checkbox"/> 骨密度測定+骨粗鬆症治療の依頼
	<input type="checkbox"/> 骨密度測定+治療指針の連絡のみ

希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望日 令和 年 月 日 曜日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	<input type="checkbox"/> 第2希望日 令和 年 月 日 曜日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> その他 _____

患者の状況	<input type="checkbox"/> 外来でお待ちです <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中
-------	--

保険情報 ※下記の情報は保険証のコピーをFAXしていただいても結構です。

被保険者	保険者番号	_____	<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.家族
	記号・番号	_____	
公費負担	負担者番号	_____	<input type="checkbox"/> 特疾 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 乳幼児
	受給者番号	_____	<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他 _____

備考	_____
----	-------

※診療情報提供書(紹介状原本)・検査資料は、診察・検査当日に患者さんに持参させるようにお願いします。