

## 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"/> <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	
----	--