

射水市民病院 整形外科・骨粗鬆症外来
 受診予約 F A X 申込書 (診療情報提供書)

年 月 日

依頼施設名

TEL

医師氏名

FAX

紹介目的	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症診察および治療 <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> 薬剤治療アドバイス <input type="checkbox"/> その他 ()
紹介状を併せてFAXしていただければ、ご記入は不要です。	
既往歴および現病歴	
現在の処方箋	
診察、検査に関してのご要望	
受診希望日	<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 希望日 ① 月 日 ② 月 日

フリガナ				大・昭・平
患者氏名			生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒			男・女
			TEL	()
射水市民病院の受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			

* 17時以降のFAX受付分は、後日ご返信いたします。

* 診察→検査→結果説明で1時間程度のお時間がかかります。

射水市民病院 地域連携室 (受付時間：8：30～17：00)

TEL 0766-82-8100

FAX 0766-82-8764