

FAX 送信

合志病院

## 骨粗鬆症検査予約票および診療情報提供書

申込日：平成 年 月 日

## 【依頼元】

医療機関名：

医師名：

所在地：

TEL：

FAX：

## 【患者様情報】

氏名	フリガナ	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	男 女
住所	〒 - TEL - -			
その他	身長 ( cm) 体重 ( kg) 股関節または腰部の人工物 (人工骨頭スクリュー等) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 不明			
紹介内容	骨密度測定部位 (DXA) : <input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎のみ 目的 : <input type="checkbox"/> DXA 検査のみ <input type="checkbox"/> 検査+診断 <input type="checkbox"/> 検査+診断+定期フォロー (投薬含まず) <input type="checkbox"/> 検査+診断+治療 <u>＜診断＞を含む場合は特記事項を記入もしくは診療情報提供書 (依頼元所定の形式可) を添付 ください。骨代謝マーカーの測定を行う場合もございます。</u> むこねっと利用希望 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
希望 受診日	① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日 or 希望曜日 ( 曜日) <u>目的に応じて下記外来受付時間よりご検討ください。 ※混雑時はお待ちいただく事がございます</u> ＜検査のみ＞ 月～金：午後 ＜検査+診断＞＜検査+診断+定期フォロー＞＜検査+診断+治療＞ 担当医：合志明彦 月・火・水・金：午前 8 時 30 分～午前 11 時 30 分 月・金：午後 2 時 00 分～午後 4 時 00 分			
特記事項	過去の骨折歴、治療経過、現在の治療薬等			

地域医療連携室にて受付後、FAXにて「予約票」を返信させていただきます。

≪受付時間≫ 月曜日～土曜日：午前8時30分～午後5時00分

日曜日・休日：受付業務なし

なお、FAXは24時間対応ですが、時間外の受付は翌日対応となります。

合志病院 地域医療連携室

TEL：06-6488-5231 (代表)

FAX：06-6488-5231 (直通)