

三朝温泉病院 骨粗しょう症専門外来
 受診予約FAX申込書（診療情報提供書）

年 月 日

依頼施設名 _____ 電話 _____

医師名 _____ 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	
既往歴及び現病歴	
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		生年月日	大・昭・平 年 月 日 男・女（才）
患者氏名			
住所	〒 _____ 電話（ ） _____		
三朝温泉病院の受診歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明		

●17時以降のFAXの受付は、後日ご返信します。

三朝温泉病院 地域連携室(受付時間 8:30~17:00)

代表電話：0858-43-1321 連携室専用FAX 0858-43-0541