

紹介連絡・予約申込

(申込み年月日:平成 年 月 日 午前・午後 時 分)

患者さん同意のもと、この連絡・予約申込み票を送ります。予約をお願いいたします。

| | | | |
|-----|---|-----|-------|
| 依頼先 | FAX (058) 248-9334 | 依頼元 | 病院・医院 |
| | 岐阜県総合医療センター 地域医療連携センター部 直通 TEL (058) 249-0017 | | 科 医師 |
| | | 電話 | FAX |

| | | | | | |
|-------|-----------------|--------|-------|-------------|-------|
| フリガナ | | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏 名 | (旧姓) | 男 女 | | | 年齢 才 |
| 当院受診歴 | あり (年頃・ID)・なし | | 電 話 | () | |
| 住 所 | 〒 | | | | |
| 保険者番号 | | | 資格取得日 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| 記号・番号 | | | 有効期限 | 平成 年 月 日 | |

希望診療科 整形外科 骨粗鬆症外来 (岐阜県骨粗鬆症治療ネットワーク (ジーノット))

希望医師名 飯沼 宣樹

診断名又は症状: _____

希望年月日: 希望なし 第1希望 年 月 日午前 ・午後 第2希望 年 月 日午前 ・午後
その他 _____

依頼事項: にチェックをお願いします。

骨粗鬆症総合検査(骨密度 レントゲン 採血)

骨密度測定のみ

治療

薬剤治療アドバイス

その他の御希望がありましたら記入ください

()

<検査結果画像の希望 CD-ROM フィルム 不要>

診察 : 入院 (情報提供書を添付)

予 約 控

| | | | | | |
|-------------|---|-------|-------|---|---|
| 予約日 | 月 | 日 () | 午前・午後 | 時 | 分 |
| 岐阜県総合医療センター | | | | | |
| 科 担当医 | | | | | |

<連携室より診療科へのコメント>