

岐阜県骨粗鬆症治療ネットワーク(ジーノット)FAX 予約申込書

平成 年 月 日

送信先

揖斐厚生病院地域医療連携センター
 〒501-0696 揖斐郡揖斐川町三輪2547番地4
 FAX:0585-21-1117
 受付 平日 午前8時30分～午後5時

紹介元医療機関

	医院	TEL
		FAX
医師名		

患者基本情報

フリガナ		性別	生年月日
名前		男 女	年 月 日(歳)
住所	〒		
電話番号		携帯番号	
当院受診歴	あり(患者番号)		なし

診察希望日時

第1希望	年	月	日	曜日	時	分
第2希望	年	月	日	曜日	時	分

基本情報、御依頼事項等

既存骨折(部位)	
使用薬剤(骨粗鬆粗症)	
ご希望事項	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
その他希望事項	