

FAX番号 0574-24-1475 までお願いします。

木沢記念病院		ご依頼元		医師	
		電話		FAX	
フリガナ					
氏名					男・女
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	歳
住所	〒			電話	
当てはまるものがあれば○を記入ください 生保 ・ 事故 ・ 労災					
診療科:		整形外科			
希望年月日		<input type="checkbox"/> 希望なし	第1希望	月	日 午前・午後
			第2希望	月	日 午前・午後
基本情報、御依頼事項等			備考欄		
既存骨折(部位):					
使用薬剤(骨粗鬆症):					
ご希望事項 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症総合検査(骨密度 レントゲン 採血)					
<input type="checkbox"/> 骨密度測定のみ <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 薬剤治療アドバイス					
その他希望事項:					

お問い合わせ先

木沢記念病院 地域連携部

直通電話 0574-24-1455

直通FAX 0574-24-1475

