

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

FAX 番号	0577-32-1165（直）	担当部署	高山赤十字病院 地域連携課
受付時間	平日 08:30~16:30 （水曜日を除く）	住所	〒506-8550 岐阜県高山市天満町 3-11

紹介元医療機関

貴院名称		TEL	
医師名		FAX	

患者基本情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大 昭・平 年 月 日
住所			
電話番号		携帯電話番号	
高山赤十字病院の受診歴	あり（診察券番号）・なし		

診察希望日時

平成	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	