ＦＡＸ専用　骨密度検査予約申込書 兼 診療情報提供書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

アサコ整形外科・リウマチクリニック　宛て

ＦＡＸ　06-6845-3325

〒番号　　：

ご住所　　：

医療機関名：

電話番号　：

ＦＡＸ番号：

医師名　　：

ＴＥＬ　06-6845-3320

受付時間　月火木金　9：00～19：30

　　　　　水土　　　9：00～12：00

検査時間　月～金　　9：30～11：00

●アサコ整形外科・リウマチクリニック　診察券　有・無

ＩＤ番号

●受診希望日などございましたら

　ご記入ください

●ご希望をお聞かせください。

　　□DEXA（腰椎・大腿）のみ希望

　　□DEXA+骨吸収および骨形成マーカー測定（推奨される投薬内容）

□DEXAの結果の連絡は希望するが、治療は任せたい

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名男 |  |

 |  |  |  　　　年　　月　　日　　　　　　　　　歳 |
|  |  |  |  |  |
| 生年月日女 |  |  |  |  |
| 住所（〒　　　‐　　　　） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 電話番号

|  |
| --- |
| 保険情報　　　　□国民健康保険　　□社会保険　　□生活保護 |

 |  |  |  |  |