

骨密度測定検査予約申込書 (医療機関専用)

予約専用FAX番号 : 0743-77-0902

近畿大学奈良病院

患者支援センター 行

TEL (0743) 77-0880

申込日

年 月 日

診療科 : 整形外科

希望医師 : 山崎 顕二



「紹介元医療機関」

名称

所在地

TEL

FAX

医師名

担当者

受診希望	第1希望日	年	月	日	水曜日	<input type="checkbox"/>	11時頃	<input type="checkbox"/>	14時頃		
	第2希望日	年	月	日	水曜日	<input type="checkbox"/>	11時頃	<input type="checkbox"/>	14時頃		
上記以外の受診希望	緊急	<input type="checkbox"/>	1w以内	<input type="checkbox"/>	2w以内	<input type="checkbox"/>	1ヵ月以内	<input type="checkbox"/>			
都合の悪い日時											
フリガナ				性別	生年月日						
患者氏名				男・女	大・昭 平・令	年	月	日	歳		
健康保険証	記号	番号			公費						
自己負担割合	1割	<input type="checkbox"/>	2割	<input type="checkbox"/>	3割	<input type="checkbox"/>	当院受診歴	有・無	当院ID		
患者住所	〒 -										
連絡先	TEL								携帯		
患者状態	歩行可	<input type="checkbox"/>	車いす	<input type="checkbox"/>	ストレッチャー	<input type="checkbox"/>	退院後受診 (退院日)	<input type="checkbox"/>	
貴院での状況	貴院で待機中	<input type="checkbox"/>	院外	<input type="checkbox"/>	入院中	<input type="checkbox"/>	日本語対応	可	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>

主訴・傷病名										
検査依頼内容	<input type="checkbox"/> 骨密度のみ <input type="checkbox"/> 骨密度・採血・胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 当院に一任									

※お手数ではございますが、診療情報提供書 (既往症記載) を添付ください。