

亀田第一病院 骨粗鬆症病診連携申込書

FAX025-382-7708 TEL025-382-3111(代)

申込日 20 年 月 日

及 び 医 療 機 関 名	(TEL)		(FAX)	
	<p style="text-align: center;">骨粗鬆症検査</p> <p>※2回のご来院が必要となります</p> <p>・1回目(検査のみ) <u>火・水・金午後</u> 検査実施 当日は終了後ご帰宅いただきます。</p> <p>・2回目(診断・評価) <u>火・水・金午前</u> 受診 当院の医師から検査結果をご説明いたします。</p>			
ご 依 頼 の 内 容			希 望 日	<p><検査>(火・水・金午後) 20 年 月 日 曜日</p> <p><診察>(火・水・金午前) 20 年 月 日 曜日</p> <p>↑1週間経過後の日付でお願いします。</p> <p>(<検査>、<診察>のいずれの 希望日にもご記入をお願いします。)</p>
患 者 情 報	患者番号		亀田第一病院 受診歴	有 ・ 無
	亀田第一病院の患者番号がわかる場合、ご記入下さい			
	フリガナ		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)
	氏名		男 ・ 女	
住所				
TEL()	—	携帯()	—	
病名				
症状、既往歴等			現在内服のお薬	
股関節の手術歴(<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) <input checked="" type="checkbox"/> ありの場合(<input type="checkbox"/> 右 ・ <input type="checkbox"/> 左 ・ <input type="checkbox"/> 両方)				
ご説明に必要な情報となりますのでご記入をお願いします				
①認知症(有・無) 声出し(有・無) ②移動方法 <input type="checkbox"/> 担送(リクライニング車椅子) <input type="checkbox"/> 護送(杖、歩行器、車椅子) <input type="checkbox"/> 独歩			※診察時、診療内容をご理解いただけるご本人、またはご家族のご来院(お付添い)をお願いします。	

申込書は、平日の8時30分～17:30分迄にFAXのご送付をお願いします。