骨粗鬆症検査依頼書（診療情報提供書）

年　　月　　日

①当院受付へお電話にて骨粗鬆症検査予約の連絡をしてください。
②お電話にて希望予約日時を確認後、検査日時を調整します。
③この依頼用紙に検査日時・必要事項を記入の上、下記番号までFAXして下さい。
④予約完了した患者様の問診・予約表を貴院へFAX致します。
⑤日時を確認後、問診・予約表を患者様にお渡し下さい。

フリガナ	委託医療機関：
	依頼医師：
	FAX送信者：
年　月　日生　才　男・女	電話：
住所：	FAX:
電話：	
身長　cm / 体重　kg	

予約日時　年　月　日（　）午前・午後　時　分

診療情報（既往症・症状・治療の経過・その他事項等）

Do-Clinic
整形・運動器リハビリテーション
TEL:011-222-3334　FAX:011-222-3335