

おおくま病院 《骨密度》 予約票

FAX: (06)-6401-7810 (地域連携室 直通)

申込日 年 月 日

【依頼元】

医療機関名: _____

T E L: _____

F A X: _____

【患者様データ】

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名				年 月 日 () 歳
住 所	〒 _____			電話 () _____

来院時の状況	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他()
希 望 日	① 当日 ② 月 日 ③ 月 日 ④ 希望日無し
手 術 歴	
備 考 欄	

※折り返し、FAXにて予約日を返信させていただきます。

患者様予約日

月 日 () 時でご予約決定致しました。

※来院の際には、必ず保険証、各受給者証、診療情報提供書をご持参ください。