新潟県立リウマチセンター ＦＡＸ予約申込書

（ 骨塩定量検査用 ）

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 送信先 | 新潟県立リウマチセンター　患者サポートセンター |
| ＦＡＸ番号 | ０２５４－２２－５３７４（ 直通 ） |
| 予約受付時間 | 平日　８：３０～１６：３０ |

貴院の情報

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 医療機関名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 医師名 |  |

患者の情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予約日の希望 | [ ]  な し　　　[ ]  あ り（ |  | ） |
| 当院のＩＤ | お持ちの方でお分かりになれば記入願います | －　　　　　－ |
| フリガナ |  | 旧　姓 |
| 患者氏名 |  | （ |  | ） |
| 生年月日 | T・S・H・R　　　年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒　　　－ | 電話番号 |  |
|  |
| 身長 |  | cm | ※身長・体重は必ず記入願います。 |
| 体重 |  | kg |
| 検査目的病名 | [ ]  骨粗鬆症（ [ ]  疑い ） |
| [ ]  その他（ |  | ） |
| 公費負担番号 |  |  | 保険者番号 |  |
| 受給者番号 |  |  | 記号・番号 |  |
| 負担割合 | 0・1・2・3割 | 0・1・2・3割 | 被保険者 | 本人・家族 |