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 | | |