

【整形外科 骨粗鬆症外来申込書】 大阪府済生会中津病院

FAX : 06-6372-6871 (直通) FAX 受付時間 : 24 時間

■受診希望日

電話で予約済

1) 月 日 (曜日)

2) 月 日 (曜日)

特に希望なし 都合の悪い日 _____

紹介元医療機関名 :

所在地 :

医師名 :

TEL/FAX :

※骨粗鬆症外来は毎週火の午前のみですが、骨密度測定（躯幹DXA）検査のみご希望の場合はそれ以外に毎週月～金の午後の検査枠も利用可能です。

※整形外科への確認が必要になりますので、調整にお時間をいただく場合がございます。

■申込み ご希望の箇所に○を入れてください。

① () 骨密度測定（躯幹DXA）のみ

② () 結果説明（骨密度測定、骨代謝マーカー測定）＋治療方針アドバイス

③ () 結果説明（骨密度測定、骨代謝マーカー測定）＋治療方針アドバイス
＋薬物治療の導入（注射剤の初回導入等）

☆貴院で届出されている項目に☑してください。

該当なし 在宅時(施設入居時)医学総合管理料

在宅療養支援診療所(病院) 小児かかりつけ診療料

地域包括診療加算 地域包括診療料

■病名・合併疾患・紹介目的

⇒ 併せて「診療情報提供書」を送信いただく場合は記入不要です。

■患者情報

当院受診歴 (あり・なし・不明)

当院 ID: _____

現状： 入院中 (DPC 対応 ・ DPC 非対応) ・ 外来通院中 (貴院にて待機中 ・ 帰宅)

移動方法： ストレッチャー ・ 車いす ・ 歩行

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
住所 (〒 -)	旧姓 ()	電話番号 (必ずご記入ください) 携帯： - - 自宅： - -	
保険者番号	記号	番号	有効期限
公費負担番号	公費受給者番号		

※ご予約がご希望に添えなかった場合（予約変更を含む）は、医療機関同士での調整とさせていただきます。

お問い合わせ：地域連携・患者支援センター

TEL : 06-6372-1036 (直通)

〔 上記直通番号が繋がらない場合は
06-6372-0333 (代表) にご連絡ください 〕

TEL 受付時間：平日 9時00分～19時30分

土曜日 9時00分～16時45分

※ 第2・第4土曜日休診 (救急を除く)

◆この申込書は骨粗鬆症専門外来専用です。

◆お申込の際はコピーをしてご使用ください。

◆申込書はホームページからダウンロードでも可能です。