

【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

紹介元医療機関名：

所在地：

① 月 日（ 曜日）

② 月 日（ 曜日）

医師名：

☐ 特に希望なし ☐ 都合の悪い日

TEL/FAX：

※骨粗鬆症外来は毎週火・金の午前のみです。別の曜日をご希望の場合はご相談ください。

※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（ ）（骨密度測定、骨代謝マーカー測定）＋治療方針アドバイス

③（ ）（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）

☆下記項目もご記入ください。

■体温（検温日 / ）→（ 度）

■2週間以内の発熱（有・無）

■コロナ罹患歴（有・無）

有の場合：直近の発症日（ / ）、解除日（ / ）

■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）・通院中（貴院にて待機中・帰宅）ADL：（ ）

外国人の方：日本語 可・不可 会話可能な言語（ ）日本語がわかる方の付き添い 有・無

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
旧姓（ ）		

住所（〒 — ）	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。

R5.4