

# 吉田病院 骨粗鬆症循環型連携 申込書

年 月 日

医療法人 誠心会 吉田病院

TEL 0258-32-0490 (放射線科宛にお電話ください)

FAX 0258-36-5032

・FAXの受付時間は、《平日8:30~17:00》です。

## 【紹介元医療機関】

|     |     |
|-----|-----|
| 施設名 | TEL |
| 医師名 | FAX |

## 【希望する診療内容】

をつけてください

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 骨密度測定      | <input type="checkbox"/> 転倒予防体操           |
| <input type="checkbox"/> 脊椎単純X線撮影   | <input type="checkbox"/> 栄養指導             |
| <input type="checkbox"/> 治療方針のアドバイス | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症予防教室参加 (年4回) |

## 【フェニックスネットワークへの結果添付】

- 希望する  希望しない

※ 現在フェニックスネットワークにご登録済の方に限らせて頂きます

## 【患者情報】

|    |      |      |               |           |
|----|------|------|---------------|-----------|
| 氏名 | フリガナ | 性別   | 男・女           | 当院(初診・再診) |
| 住所 | 〒    | 生年月日 | M・T・S・年 月 日 歳 | TEL       |

|         |  |        |       |
|---------|--|--------|-------|
| 保険証記号番号 |  | 被保険者区分 | 本人・家族 |
| 保険者番号   |  |        | 割     |

|          |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療証負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療証受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |

【その他】 ※医師に伝えたい事があればご記載ください

{ }