

(様式5)

骨塩定量依頼申込書

北見赤十字病院
地域医療連携室 宛

予約専用FAXフリーダイヤル ☎0120-018-599(直通)
専用電話 フリーダイヤル ☎0120-018-299(直通)

紹介元医療施設名		電話番号 () - ()		依頼医師名 ()		FAX () - ()	
フリガナ							
患者氏名							
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日生(才ヶ月)	性別	男・女	
現住所							
電話番号 () - ()							
当院の受診歴 (有・無)							
身長 () cm							
体重 () Kg							
<input type="checkbox"/> 骨塩定量 (腰椎正面)							
現診断名							
連絡・要望事項							