

骨粗鬆症外来予約申込書 (東広島医療センター地域医療連携室)

独立行政法人 国立病院機構
東広島医療センター 御中

申込日 年 月 日

【送り先FAX】 082-493-6488

〒739-0041

東広島市西条町寺家513

TEL 082-493-6487

紹介医療機関の所在地、名称、医師名、TEL、FAX

※患者様が当院新設件(又は国立広島病院診察券)をお持ちの場合は「氏名」「診察券番号」のみで結構です。

患 者 情 報	フリガナ		性別	(備考)
	氏 名		男・女	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日		
	現住所	〒		
	電 話	— —		
	当院受診歴	あり(患者番号:)・なし		

基本情報、御依頼事項等 (検査等の予約を事前にとらせていただく場合がございますので、ご記入いただけると幸いです。)

骨代謝マーカー値 (お調べであれば)	身長	体重	血液 データ	Ca	P	ALP	
	cm	kg					
使用薬剤 (□にレ)	□BP()/月1・週1・毎日/点滴・注射・内服			全骨折			
	□テリパラチド 週1・毎日		□SERM()	FRAX	%		
	□抗RANKL				大腿骨近位部骨折		
	□VitD()		□その他()		%		
□VitK							
□Ca							
ご希望事項	□骨粗鬆症総合検査 □治療 □骨密度測定 □薬剤治療アドバイス						
その他ご希望事項							
希望日時	年 月 日 (月曜日・火曜日・木曜日) (いずれかに○をしてください) 午前 9時30分						

- ・この用紙に必要事項をご記入の上、希望日時の前日の午前中までに、FAXにて地域医療連携室までお送りくださいますようお願いいたします(FAX 082-493-6488)。診療予約券をFAXいたします。
- ・患者さまには、診療当日「診療予約券」「保険証かマイナバーカード」「紹介状」(お持ちの場合は「当院診察券」)をご持参の上、紹介受付⑥番窓口においでくださいますよう、ご案内ください。

※当院記載欄

決定日時	年	月	日	曜日	午前 9時30分より
------	---	---	---	----	------------

FAX送信 年 月 日 時 分【担当者名】カルテ準備 年 月 日【担当者名】

2025年4月14日改訂