新潟県立リウマチセンター　ＦＡＸ予約申込書
（ 骨塩定量検査用 ）

令和　　年　　月　　日

送　信　先	新潟県立リウマチセンター　患者サポートセンター
ＦＡＸ番号	０２５４－２２－５３７４（ 直通 ）
予約受付時間	平日　８：３０～１６：３０

貴院の情報

所　在　地	
医療機関名	
電話番号	
ＦＡＸ番号	
医　師　名	

患者の情報

予約日の希望	□ な し　　□ あ り（　　）			
当院のＩＤ	お持ちの方でお分かりになれば記入願います	－　　－		
フリガナ			旧　姓	
患者氏名			（　　）	
生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日		性別	男・女
住　所	〒　　－	電話番号		
身　長	cm	※身長・体重は必ず記入願います。		
体　重	kg			
検査目的病名	□ 骨粗鬆症（ □ 疑い ）			
	□ そ の 他（　　）			
公費負担番号			保険者番号	
受給者番号			記号・番号	
負担割合	0・1・2・3割	0・1・2・3割	被保険者	本人・家族

※リウマチセンター使用欄

ＩＤ番号	－　　－		
予約科・医師	リウマチ科・担当医師		
予約日時	／　　：	担当者	

2021(R03)03 版