

- ① 診療の予約は、代表047-433-2111より地域連携室までご連絡ください。  
 ② 予約当日は、本用紙(診療情報提供書)、健康保険証、船橋中央病院の登録カードをお持ちください。

## 診療情報提供書

 独立行政法人 地域医療機能推進機構 船橋中央病院  整形外科 外来担当医 あて	年 月 日	
	貴医療機関名	
	先生の御名前	
TEL ( )		
フリガナ	男	生年月日
患者様氏名		大正・昭和・平成
	女	年 月 日 ( ) 歳
傷病名 骨粗鬆症		
紹介目的 <input type="checkbox"/> 骨密度(DEXA)  <input type="checkbox"/> 採血(骨粗鬆症に関するもの)  <input type="checkbox"/> その他 ----- -----		
既往症		
現在の処方		