


- 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

 <p>独立行政法人 地域医療機能推進機構 船橋中央病院</p> <p>整形外科 外来担当医 あて</p>	年 月 日 貴医療機関名 先生の御名前 TEL ()
フリガナ	生年月日
患者様氏名	男 大正・昭和・平成 女 年 月 日 () 歳
傷病名 <p style="text-align: center;">骨粗鬆症</p>	
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	