

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 船橋中央病院 診療依頼書 (FAX専用)

FAX 047-433-7086 (地域連携室 直通)

お問い合わせ：TEL047-433-2111 (代表)

紹介医療機関名：

所在地：〒

電話番号：

FAX 番号：

医師名：

骨粗鬆症センター (月曜14:00)

初回  2回目以降

集団教室の希望 (途中退出可)

有・無

希望受診日：

第一希望 年 月 日 (月)

第二希望 年 月 日 (月)

備考：

フリガナ：

患者氏名：

(男・女)

生年月日：

S・H 年 月 日

年齢 歳

※当院の受診歴 (有・無)

住所：〒

電話番号：

※当日は必ず診療情報提供書と予約票を患者様に持参させてください。