骨塩定量検査申込書

令和　　年　　月　　日

送信先

医療法人　北海道整形外科記念病院
〒062-0937
札幌市豊平区平岸7条13丁目5番22号
TEL:011-812-7001（代表）
FAX:011-812-7011（地域医療連携室直通）

紹介元医療機関

施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者基本情報

フリガナ		性　別	生　年　月　日
氏　名		男・女	昭　和 平　成　　年　　月　　日 令　和
住　所	〒　　-		
電話番号			

検査希望日

※検査は午後のみとなっております

第1希望：　令和　　年　　月　　日

第2希望：　令和　　年　　月　　日

第3希望：　令和　　年　　月　　日

・希　望　な　し