

医療法人協仁会 小松病院

骨密度検査予約申込書

T E L : 072-823-1521 (代表) F A X : 072-821-7013 (地域医療連携室直通)

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	担当者：

フリガナ		性別	生年月日
氏名	旧姓 ()	男 女	大 昭 年 月 日 平 令 () 歳
住所	(〒)		
電話番号			
希望日	いつでも可・午前・午後	送 迎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (付添： 人)
不可日			送迎時、車イス ⇒ <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり

身長	() k g	※お手数お掛け致しますが 診療情報提供書にもご記載お願い致します。
体重	() c m	

※当日は診療情報提供書の原本を必ず持参ください。

予約受付完了後、「予約票」をFAXで送付させていただきます。

受付時間 (平日 9時～16時30分 土曜 9時～12時) 以降のお申込みの返信は原則翌日以降 (土曜日は翌週) となります。