

F A X 番号025-382-7708

電話番号025-382-3111 (内線169)

申込年月日 平成 年 月 日

亀田第一病院 診療・検査予約申込書 (FAX用)

及び 医師名	医療機関名		(TEL) (FAX)	
	希望日	①平成 年 月 日 (曜日) ②平成 年 月 日 (曜日) ③いつでもよい		
当院への希望事項	医師等	科 医師		
	依頼項目	診療依頼 ①外来診療 ②入院	検査依頼 ①CT ②MR	部位のみ ⇒ () ペースメーカーの装着 有・無 コピー 要・不要
I D	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>亀田第一病院の患者番号がわかる場合のみご記入下さい</small>			来院歴 亀田第一病院に受診したことが 有・無
フリガナ				
氏名				男・女
	(M、T、S、H) 年 月 日 生れ			才
住所及び電話番号	〒 (TEL)		データCDの持参 有・無	
病名				
症状記入欄		検査データ	現在内服のお薬、既往歴等	
		・WBC () ・RBC () ・Plt () ・Hb () ・Ht () ・GOT () ・ALP ()	※胃カメラ・大腸カメラ等の検査を希望される場合はご記入下さい。 凝固剤薬を内服していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 検査時休薬してもよろしいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

- 患者番号は不明の場合は記入されなくてもよろしいです。
- 紹介状は、予約申込時か予約日の前日までにFAXをお願いします。
- 診療・検査予約申込書は、平日のAM8時30分~PM17:30分迄にお願いいたします (当日に受診をご希望されます場合は、PM16:30迄にお願いいたします。)