

FAX番号025-382-7708

電話025-382-3111(代)

亀田第一病院 診療・検査予約申込書

申込日 平成 年 月 日

及び 医師名	医療機関名		(FAX)		(TEL)		この番号で予約券を発送致します。		
	診療	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	希望日	<input type="checkbox"/> 本日中(緊急) <input type="checkbox"/> 2・3日中 <input type="checkbox"/> 1・2週間中 <input type="checkbox"/> いつでも可	診療科	科			
ご依頼の内容	検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 骨密度測定(BMD)	①平成 年 月 日 曜日 ②平成 年 月 日 曜日	医師名	医師				
	既往歴に大腿骨 頸部骨折 (有・無)		骨密度測定検査は検査のみとなります。後日、診察をご希望される場合は、地域連携室を通じてお申し込み下さい。						
ご紹介の患者様情報	亀田第一病院の患者番号がわかる場合、ご記入下さい				受診歴	亀田第一病院に受診したことが 有・無			
	フリガナ				性別	男・女			
	生年月日 (M、T、S、H)	年	月	日	才	才			
	住所				CD (データの有無)	有・無			
	TEL	()							
病名									
症状記入欄		<input type="checkbox"/> 別紙紹介状のとおり		<input type="checkbox"/> 大腸がん検診の結果、便潜血陽性の為、内視鏡検査希望		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。 抗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	
入院を☑された場合はご記入下さい。									
①認知症について (有・無) ②認知症の程度(軽・中・重)									
③寝たきり(有・無)④歩行(可能・不可)⑤車椅子利用(可能・不可)									
⑤現在ご利用の施設名()									

- 1 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。
- 2 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。)