

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 内容	<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		
<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	日生れ	才		
	住所				CD (データの有無)	有・無		
	TEL	()						
病名								
希望の検査がある場合は☑をご記入下さい。				検査データ	現在内服のお薬、既往歴等			
<input type="checkbox"/> 大腸がん検診(便潜血陽性) <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 肝機能検査 症状記入欄				・WBC ()	※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			
				・RBC ()				
				・Plt ()				
				・Hb ()				
				・Ht ()				
入院を☑された場合はご記入下さい。				・GOT ()				
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) ⑥現在ご利用の施設名()				・ALP ()				

- 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。)