

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 20 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	<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 当院で治療を希望する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/>	希望日	① 20 年 月 日 曜日 ② 20 年 月 日 曜日	医師名			医師
				撮影部位	ペースメーカーの装着 有・無			
骨密度測定検査は、診察後、測定検査を行います。検査結果については、約1週間後に患者様に来院して頂き、当院の医師から検査結果を説明させていただきます。								
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		
	氏名	フリガナ			性別	男・女		
	生年月日 (T、S、H、R) 年 月 日 生れ				才			
	住所	TEL ( )			CD (データの有無)	有・無		
	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 ( ) ・RBC ( ) ・Plt ( ) ・Hb ( ) ・Ht ( )	※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。				・GOT ( ) ・ALP ( )				
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( )								

1 紹介状は、できる限り予約申込時に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。)