

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	(FAX)									
	この番号で予約券を発送致します。									
診療	<input type="checkbox"/> 外来		診療科		科		<input type="checkbox"/> 本日中(緊急) <input type="checkbox"/> 2・3日中			
	<input type="checkbox"/> 入院		希望 医師名		希望 医師		<input type="checkbox"/> 1・2週間中 <input type="checkbox"/> いつでも可			
ご 依頼 の 内容	<input type="checkbox"/> CT		撮影部位		ヘ-スメーカー の装着		有・ 無		希望 日	
	<input type="checkbox"/> MR								①20 年 月 日 曜日	
検査		<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"/>						②20 年 月 日 曜日		
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 有・無	
	フリガナ						性別		男・女	
	氏名						生年月日 (T、S、H、R)		年 月 日生 才	
	住所						CD (データ の有無)		有・無	
	TEL ()						病名			
症状記入欄						現在内服のお薬、既往歴等		本日受診希望の場合は、以下の項目をご記入ください。		
								脈拍 回/分 SpO2 % 血圧 (/) 体温 °C		
入院を <input checked="" type="checkbox"/> された場合はご記入下さい。						希望の検査がある場合は <input checked="" type="checkbox"/> をご記入下さい。 <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				
①認知症(有・無) 声出し(有・無)						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ください。				
②移動方法 <input type="checkbox"/> 担送(リクライニング車椅子) <input type="checkbox"/> 護送(杖、歩行器、車椅子)						抗凝固剤薬を内服していますか。				
<input type="checkbox"/> 独歩 ③施設名()						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
来院方法 <input type="checkbox"/> 自家用車 ・ <input type="checkbox"/> 救急車 ・ <input type="checkbox"/> 施設送迎						検査時休薬してもよろしいですか。				
<input type="checkbox"/> 福祉タクシー ・ <input type="checkbox"/> タクシー						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (日前から休薬が必要)				

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8時30分～17:30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、16:30迄にお願いいたします。バイタルの情報は必ずご記入ください。)