

亀田第一病院 診療予約申込書

FAX 025-382-7708

TEL 025-382-3111(代)

FAX送付時、以下の確認をお願いいたします。

- 1 申込時に診療情報提供書FAXをお願いします。
- 2 受付時間:平日8:30~17:30 本日依頼16:30まで
- 3 本日または入院希望の場合必ず**太枠**をご記入下さい。

申込日 年 月 日

及び 医療 機関 名	TEL () - FAX () -	
	診療科	科
診療 区分	<input type="checkbox"/> 外来	希望 医師名
	<input type="checkbox"/> 入院	希望日
		<input type="checkbox"/> 本日中 <input type="checkbox"/> 2・3日中 <input type="checkbox"/> いつでも可
		都合の 悪い日

本日 希望 の場合	体温	℃	血圧 (/)	脈拍	回/分	SpO ₂	%
	かぜ (本日現在の) 症状 (症状に○記入) ・ なし ・ 倦怠感 ・ 鼻水 ・ 咳嗽 ・ 咽頭痛 ・ その他						

患 者 情 報	患者 番号	亀田第一病院 受診歴	有 ・ 無	画像データ CD持参	有 ・ 無
	フリガナ	氏名	男 ・ 女	生年 月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日生 (歳)
	住所	TEL () - 携帯 () -			

COVID	3ヶ月以内の罹患歴 (必ずご記入下さい)	有 ・ 無	陽性診断日	20 年 月 日
-------	-------------------------	-------	-------	----------

紹介目的 (病名・診断名)	
------------------	--

現在 内服 中 の お 薬	症状・既往症・
------------------------------	---------

入院を☑された場合はご記入下さい。		希望の検査がある場合は☑をご記入下さい。	
①認知症	<input type="checkbox"/> 有 (声出し 有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診(便潜血陽性) <input type="checkbox"/> 胃カメラ	
②移動方法	<input type="checkbox"/> 担送(ストレッチャー ・ リクライニング車椅子) <input type="checkbox"/> 護送(杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子) <input type="checkbox"/> 独歩	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。	
③施設名 ()		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	
来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 ・ <input type="checkbox"/> 救急車 ・ <input type="checkbox"/> 施設送迎 <input type="checkbox"/> 福祉タクシー ・ <input type="checkbox"/> タクシー	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 (日前から休薬が必要)	